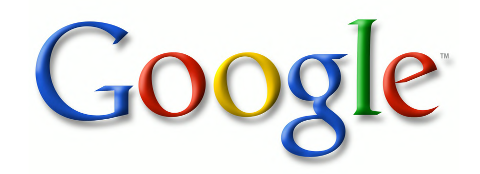
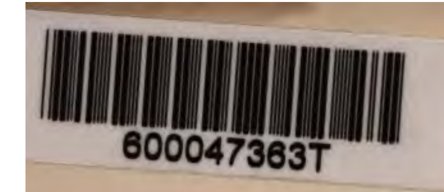







G.178. F. 32.
E. BIBL. RADCL.
22.
F. 1.
84. C. 10.
C



RECHERCHES
SUR L'APOPLEXIE.

IMPRIMERIE DE FÉLIX LOCQUIN,
RUE NOTRE-DAME DES VICTOIRES, 16.

RECHERCHES
SUR L'APOPLEXIE,
ET SUR PLUSIEURS AUTRES MALADIES
DE L'APPAREIL NERVEUX CÉRÉBRO-SPINAL;

PAR J.-A. ROCHOUX,

MÉDECIN DE L'HOSPICE DE LA VIEILLESSE (HOMMES), AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN HONORAIRE DES DISPENSAIRES DE LA SOCIÉTÉ PHILANTROPIQUE, MEMBRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS ET DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE RIO DE JANEIRO, ASSOCIÉ *intime* DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE PRATIQUE DE BARCELONE, CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE MARSEILLE, ETC.

Opinionum commenta delet dies naturæque judicia confirmat.
Cicéron, *de nat. Deorum.*

SECONDE ÉDITION.

PARIS.

BÉCHET JEUNE,
LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, N° 4.

AUX DÉPOTS DE LA LIBRAIRIE MÉDICALE :
A BRUXELLES, CHEZ TIRCHER. — A GAND, DUJARDIN.
A LIÉGE, DESOER. — A MONS, LEROUX.

M DCCC XXXIII.

PRÉFACE.

La lenteur vraiment affligeante des progrès de la médecine tient à des causes dont les plus importantes n'ont pas toutes été signalées par Baglivi (1). Au premier rang de celles qu'il a passées sous silence, se présente l'importance secondaire d'une science qui, s'adressant aux seuls malades, reste indifférente à la majorité des hommes habituellement en bonne santé, et ne leur permet pas d'accorder un grand intérêt aux choses dont elle s'occupe : les médecins ont beau ne pas l'avouer, ils ne peuvent s'empêcher d'en ressentir une sorte de découragement. Vient ensuite la difficulté de bien observer. Cet obstacle, déjà si grand en lui-même, en fait naître un autre encore plus fâcheux que voici. Par l'impossibilité où l'on est fort souvent d'avérer une opinion, on s'accoutume à se contenter d'à peu près, et à raisonner faux. Une fois rendu là, les hypothèses les plus dépourvues de sens commun sont accueillies sans hésitation. On n'en sortirait pas, et l'art médical succomberait sous le poids des erreurs, si

(1) *De impedimentis quæ medicorum*, etc., p. 8.

l'épithète d'*attoniti* (1). Mais, à une époque fameuse par l'obscurcissement de l'esprit humain, on ne se contenta plus de noms empruntés à un phénomène saillant; on eut la prétention d'arriver par eux à dévoiler la cause la plus cachée, la nature intime des maladies. C'est alors que quelques médecins appelèrent l'apoplexie *catarrhus, ecplixis, epilepsia astrobalia, gutta*, etc. Il serait peut-être impossible, et bien certainement de nul avantage, de suivre la filiation de toutes les conceptions fantastiques qui ont servi de base à d'aussi singulières dénominations; c'est bien assez de donner un aperçu des idées que les médecins, qui ont conservé le nom d'apoplexie, se sont faites de la maladie à laquelle ils le donnaient.

L'hypothèse que le feu éternel (2), ou un esprit vivifiant (3), produisait l'intelligence et les mouvemens de l'homme (4), engagea les plus anciens auteurs à placer dans la cessation de l'influence de l'un ou de l'autre de ces deux principes, la cause de l'apoplexie. Ainsi, Arétée croyait à la déperdition brusque de la chaleur

---

(1) *De re medicâ*, tom. 1er, p. 208, *edente* Pariset.

(2) Plutarque, *Des opinions des philosophes*, p. 120.

(3) *Op. cit.*, p. 116.

(4) Quin etiam hoc *calidum*, reliquo corpori, et omnibus aliis

RECHERCHES
SUR L'APOPLEXIE.

Lorsque l'étude de l'anatomie commença à ouvrir une nouvelle carrière aux observateurs, l'hypothèse de l'arrêt des esprits animaux, au lieu de perdre de sa vogue, en acquit au contraire de plus en plus, et long-temps elle servit presque seule à expliquer la production des symptômes apoplectiques. Prosper Martian l'adoptait sans restriction lorsqu'il assurait que la stase du sang, occasionnée elle-même par la surabondance des humeurs, arrêtait le mouvement des esprits (1). C'était tout simplement reproduire, avec une légère interversion dans l'ordre des phénomènes, l'opinion de l'auteur *De morbo sacro*, qui voyait dans l'arrêt, ou plutôt la dispersion des esprits chassés de leurs vaisseaux par la pituite, la cause de la stase du sang (2). De là évidemment sont venues ces hypothèses qui faisaient dépendre l'apoplexie d'une ébullition, d'une dissolution, d'une fermentation générale du sang (3), et semblaient devoir faire rejeter à jamais les idées de localisation, beaucoup trop philosophiques pour être de si tôt généralement goûtées.

---

(1) *Magnus Hippocrates, annotat. explicatus*, p. 168, 169 et 170. — Ettmuller, *Opera omnia*, tom. 1us, p. 382, admet aussi la stase subite du sang comme cause de l'apoplexie.

(2) *De morbo sacro*, p. 305, *edente* Foesio.

(3) Zuliani, *De apoplexiâ præsertim nervosâ*, p. 13. — Van Swieten, *Comment. in aphor. Boerhavii*, §. 1007. — Gay, *Vues sur le caract. et le trait. de l'apoplexie*, etc.

Cependant elles trouvaient un appui, mais un appui fort précaire, dans les travaux de quelques médecins et anatomistes distingués, entre autres Turrisanus, Jacobus, Berengarius, Leonardus, Jacchinus, Petrus Salius Diversus, etc. (1). En effet, s'ils défendaient la vérité, en plaçant le siége de l'apoplexie dans le cerveau, ils ne tardaient pas à s'en écarter, pour se jeter dans l'hypothèse de l'arrêt des esprits vitaux et animaux qu'ils supposaient pouvoir être également déterminé par des affections fort diverses de cet organe, notamment l'épanchement de sérosité dans ses ventricules, ou l'accumulation du sang dans ses vaisseaux. Ils commettaient, par conséquent, la grave faute d'attribuer des effets absolument identiques à des causes matérielles fort différentes et ils préparaient les esprits à adopter la distinction de l'apoplexie en sanguine et en séreuse, à laquelle tant de médecins se sont rattachés (2), sans être pour cela d'accord sur leur manière de l'envisager, les uns regardant la sérosité et le

---

(1) *Sepulcretum*, lib. 1us, sec. 2, *in addit. in schol. ad obs.* 1 et 14.—Isagogæ, *Breves ubi de anat. coll.—Comm. inRhasis*, etc. — *Comm. in Hipp.*

(2) Frid. Hoffmann, *Dis. med. de apoplexiâ*, tom. II, p. 120. — Baglivi, *Praxeos med.*, lib. 1us, p. 110. — Mead, *Monita med.*, p. 33.— Sthal, *Collegi m casuale*, etc., p. 167.– Stoll, *Ratio medendi*, p. 123.

sang épanchés comme la cause du mal (1); les autres, au contraire, y voyant un de ses effets (2).

Chacune de ces opinions, la dernière surtout, était un obstacle apporté à l'étude raisonnée des lésions locales, et encourageait les spéculations des hommes qui travaillaient sans cesse à expliquer par des hypothèses de leur invention, la cessation du mouvement des esprits. C'est ainsi que Théodore Angelutius était fier de pouvoir l'attribuer à l'action d'un principe coagulant qui épaississait subitement, par son mélange avec elles, les humeurs tenues en vapeur autour des ventricules du cerveau (3). Bayle prenait plaisir à accorder une influence toute pareille à la coagulation du sang déterminée par l'humeur mélancolique (4); et Nymman substituait à cette chimère celle de l'occlusion subite du pressoir d'Hérophile par la bile ou l'atrabile (5). En voyant les médecins prendre au sérieux de pareilles rêveries, on ne doit pas être étonné de la longue faveur qu'a obtenue une opinion dont l'auteur, oublié mainte-

---

(1) Morgagni, *De sed et caus. morb.*, etc., epist. II, n° 6.
(2) Bayle, *Tractatus de apoplexiâ*, p. 88. — Abercrombie, *Pathological and pratical researches*, etc., p. 220.
(3) *Ars medica ex Hipp. Galenique thesauris*, etc., p. 56.
(4) *Tractatus de apoplexiâ*, p. 109.
(5) *De apoplexiâ tractatus*, p. 103, 104, 120, et 121.

nant, n'est pas Paracelse (1), comme le dit Nymman (2), et d'après laquelle on suppose la suspension, sous le cerveau, de trois gouttes de sang, disposées de manière que si la goutte droite, gauche ou centrale, vient à tomber sur le cœur, il s'ensuit immédiatement la paralysie du côté droit, du côté gauche, ou bien la mort.

Tandis que l'avidité à accueillir les conceptions les plus bizarres éloignait sans cesse l'instant où les vérités puisées dans l'observation devaient enfin se faire jour, des définitions, dont le vague ne reconnaissait pas de limites, avaient une influence presque aussi fâcheuse. Arétée ayant dit : « L'apoplexie est la perte du sentiment, de l'entendement et du mouvement dans tout le corps (3), » on a, jusque dans ces derniers temps, constamment reproduit le fond de cette définition (4). Galien y ajoutait une condition, la persistance de la respiration (5). Aetius s'en tenait à la perte du sentiment et du

---

(1) Jacob Chiffletius, *Voy.* Wepfer, *Hist. apoplecticorum*, p. 458.

(2) *De apoplexiâ tractatus*, p. 6.

(3) Apoplexia totius quidem corporis, et sensus et mentis et motionis resolutio est. *De morb. chron.*, lib. I[us], p. 33, c.

(4) Paul Zacchias, *Quest. med. legal.*, LI, tit. I, quest. 14. — Cullen, *Élémens de méd. prat.*, tome II, p. 188. — Abercrombie, *Pathological and pract*, etc., p. 208.

(5) In apoplexiâ totum corpus repente sensu privatur ac motu, solus restat hanelitus. *Comm. in. aph.* 42. B, p. 18.—*Voy.*, *Défin. med.* B, p. 47, et *De locis affect.* B, p. 20.

mouvement(1). Morgagni était encore moins exigeant, car il se contentait, pour caractériser l'apoplexie, d'une simple diminution des facultés motile et sensoriale (2); et comme elle peut se présenter dans toute espèce de maladies, il a suffi à Van Swieten d'entrevoir cette conséquence, pour en arriver à faire dépendre l'apoplexie de à peu près tous les genres de lésions possibles, quels qu'en fussent le siége ou la nature (3).

Presque toutes les opinions qui viennent d'être indiquées auraient pu également amener à conclure dans le sens du commentateur de Boerhaave. La théorie assez moderne de la

---

(1) *De cogn. et curandis morbis*, p. 253. — Paulus Ægínetus, *De re medicâ*, p. 427.

(2) ....Apoplexiæ cujusque causa illa proxima et quæ morbum continet, una esse videtur, id est intimorum qui in cerebro fiunt motuum, cum videlicet movemus, sentimus, cogitamus, subita imminutio, tanta interdum ut ad cessationem accedat, aut in cessationem continuo transeat. *De sed et caus. morb.*, etc., epist. II, n° 5...

(3) *Comm. in aphor.*, Boerhaavii, §. 1010. — Toute définition reposant sur l'énoncé d'un certain nombre de symptômes, doit conduire plus ou moins près du terme extrême de déraison où était arrivé Van Swieten. La définition de Galien, renouvelée par M. Littré (*Dict. de méd.* ou *Rep.*, tom. 3, p. 352), n'aurait pas un autre résultat. Voilà pourquoi les hommes qui désirent voir marcher la science, reconnaissent à l'unanimité que toutes les maladies dépendantes de lésions appréciables aux sens, doivent être uniquement nommées et définies par ces lésions. Cependant M. Chomel, après s'être élevé contre les définitions symptomatiques, par rapport à l'apoplexie, finit par en adopter une de ce genre. (*Nouv. Dict. de méd.*, tom. 1er, p. 161.)

compression des centres nerveux (1) s'y prêtait comme les autres. Favorable en apparence à l'étude des lésions locales, elle l'avança cependant fort peu, parce que, n'étant en réalité qu'une nouvelle manière d'expliquer l'arrêt des esprits, elle devait avoir tous les défauts de l'idée fondamentale à laquelle elle était subordonnée. La preuve en est que Varoli regardait comme indépendante de toute altération matérielle la compression qu'il disait produire l'apoplexie (2). D'un autre côté, ceux qui, avec Pechlin, attribuaient à des causes appréciables aux sens le pouvoir de comprimer, leur supposaient des effets absolument identiques, à quelque lésion de l'encéphale ou de ses enve-

---

(1) La théorie de la compression a remplacé la théorie de l'obstruction, dont elle reproduit si complétement les désavantages, qu'on ne saurait dire laquelle des deux a été le plus nuisible au progrès de la science. Ainsi Pinel à qui son excellent esprit n'avait cependant pu faire éviter la faute d'attribuer l'apoplexie à la compression (*a*), supposait celle-ci ordinairement produite par un épanchement lymphatique à l'intérieur du crâne (*b*). Il admettait en outre des apoplexies sympathiques (*c*), ce qui ne l'empêchait pas de citer, après une analyse des observations de Wepfer, le cas de la maladie de Daubenton, évidemment due à une hémorrhagie par déchirure du cerveau. Pour conclure, il plaçait l'apoplexie dans la classe des névroses, et cela s'appelait de la nosographie philosophique.

(2) *De nerv. optic.*, 1573, p. 28.—*Voy.* aussi Casp. Hoffmann. *Sepulcretum* Boneti, scol. ad. observ. II.

(*a*) *Nosogr. philosoph.*, t. III, p. 56.

(*b*) *La médecine clinique, etc.*, p. 287.

(*c*) *Nosogr. philosoph.*, p. 57.

loppes qu'elles se rapportassent (1). Chacune d'elles, par conséquent, devenait susceptible de produire l'apoplexie. Ainsi, la compression, qui peut-être avait l'avantage d'écarter les théories basées sur les altérations du sang, permettait, comme toute autre explication de l'arrêt des esprits, d'admettre, en quelque sorte à volonté, ou seulement deux espèces d'apoplexies, la sanguine et la séreuse, ou d'en établir trois avec Ettmuller (2); quatre avec M. Montain (3); six avec Sennert (4), et huit avec M. Lullier Winslow (5). Enfin, en combinant les hypothèses, en modifiant les définitions, rien n'était plus facile que d'imaginer des apoplexies sympathiques (6) ou symptomatiques (7), et de pouvoir élever leur nombre à vingt ou trente espèces. Il n'en coûtait pas davantage de les rapporter les unes et les autres à l'action d'une cause

---

(1) *De apoplexiâ; diss. inaug.*, p. 5. — Willis, *Pars secunda pathologica*, etc., p. 378. — Fr. Hoffmann, *Dis. med. de apop.*, tome II, p. 125. — Ponsart, *Traité de la paral.*, etc., p. 11. — Walter, *De morb. peritonei et apoplexiâ*, p. 55, §. 23.

(2) *Opera omnia*, tom. 1us, p. 382.

(3) *Traité de l'apoplexie*, p. 23 et suiv.

(4) Tome II, lib. 1us, pars 2a, cap. XXXIII, *De apoplexiâ*, p. 244.

(5) *Diction. des Sc. méd.*, tome 1er, art. APOPLEXIE.

(6) Moll., *De apoplexiâ biliosâ*, Gotting, 1780. — Dubourg, *Dissertation sur l'apoplexie sympathique*, an 8.

(7) Quandoque verbi gratiâ, capitis arcem occupans (affectio hysterica), apoplexiam facit. Sydenham, *Opera med.*, tom. 1us, p. 257. — Stoll, *rat. medendi*, p. 7, *apoplexia rhumatica*.

essentielle qu'on suppose rester toujours la même dans sa nature intime, nonobstant la différence très-grande des lésions organiques trouvées à l'ouverture des cadavres. Telle est l'opinion à laquelle Abercrombie s'est arrêté (1), après beaucoup de médecins; telle paraît être aussi celle de M. Serres (2), et de M. Lobstein, si M. Lobstein a une opinion (3).

L'esprit dans lequel on vient de voir qu'ont été écrits les ouvrages les plus connus sur l'apoplexie, explique comment des travaux aussi nombreux, et la plupart fort étendus, n'ont à peu près contribué en rien aux progrès de la science. S'il est pénible d'en acquérir la conviction, on éprouve un bien agréable dédommagement, quand enfin on aperçoit des hommes qui, secouant le joug de toute idée préconçue, ont su voir et décrire les faits comme la nature les présentait, en tirer les premiers de précieuses vérités, et mettre sur la route pour en découvrir de nouvelles. Eh bien! cet éminent service, Wepfer, Valsalva et Morgagni l'ont rendu. A eux appartient la gloire d'avoir commencé à fonder l'histoire de l'apoplexie sur des observations exactes et concluantes. Il suffit

---

(1) *Pathological and practical researches*, etc., p. 220.
(2) *Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux*.
(3) *Arch. gen. de med.*, janvier 1833, p. 54.

en effet de les lire avec quelque attention pour bientôt s'assurer que, dans les cas où la maladie était produite par une hémorrhagie de l'encéphale, ses symptômes se reproduisaient chaque fois avec un caractère frappant de ressemblance, et différaient en même temps beaucoup de ceux qui s'observent ordinairement dans les autres affections de l'appareil nerveux central.

Éclairé par un fait aussi important, et néanmoins jusqu'alors généralement méconnu, l'ayant vu confirmé dès mes premiers pas dans la carrière de l'observation, je mis tous mes efforts à lui donner l'évidence dont il me semblait susceptible. Quatre ans de recherches non interrompues, dirigées d'après ce principe que plus les fonctions d'un organe sont manifestes et importantes, plus ses dérangemens doivent être graves et faciles à observer, me mirent à même de réaliser ma pensée; et tandis que tous les auteurs, sans même en excepter M. Lenormand (1), se traînaient encore dans l'ornière des traditions scolastiques, il me fut enfin possiblede démontrer que *l'hémorrhagie*

---

(1) M. Lenormand croyait encore à l'apoplexie séreuse. Il est facile de s'en assurer en lisant la page 24 de sa *Dissertation sur les hémorrhagies cérébrales considérées comme causes de l'apoplexie*, 16 août 1808.

de l'encéphale s'annonce constamment par les mêmes symptômes (1).

Combattue dans sa nouveauté (2), comme toute idée qui choque les préjugés reçus, cette proposition ne fut pas long-temps sans être sainement jugée par les véritables observateurs. Elle trouva, dans les précieux travaux de MM. Rostan, Lallemand, Parent-Duchatelet et Martinet (3), un appui d'autant plus assuré peut-être, qu'il lui était indirectement offert. En effet, sans avoir l'apoplexie en vue, chacun de ces habiles médecins en éclairait l'histoire, en montrant que des affections encéphaliques différentes d'elle, s'annonçaient par des symptômes d'un tout autre caractère que les siens. La méthode philosophique d'étudier les maladies de la tête date de l'instant où ce principe a été posé.

---

(1) J. A. Rochoux, *Recherches sur l'apoplexie*, 1814. Avant la publication de cet ouvrage et ma thèse inaugurale de 1812, j'avais fait pour feu mon ami Rivière (*a*) une dissertation dans laquelle se trouve le fond des idées que j'ai développées plus tard sur l'apoplexie. M. Dezeimeris est, à ma connaissance, le premier et peut-être aussi le seul écrivain qui ait signalé cet opuscule comme contenant des faits nouveaux (*b*).

(2) *Journal de médecine*, etc., juillet et août 1812.

(3) *Recherches sur une maladie peu connue*, etc. — *Recherches anatomico-pathol. sur l'encéphale.* — *Recherches sur l'inf. de l'arachnoïde.*

(*a*) *Diss. sur l'apoplexie sanguine*, mai 1811.

(*b*) *Arch. gén. de méd.*, septembre 1829, p. 9.

Bien que tout le monde ne l'ait pas encore reconnu, bien que des hommes d'un véritable talent s'en soient écartés à quelques égards (1), principalement en empruntant à la doctrine physiologique l'hypothèse de l'identité d'irritation (2), qui évidemment tend à remettre la pathologie de l'encéphale dans l'état de confusion où elle avait été plongée par la théorie de l'arrêt des esprits animaux (3), la grande majorité de la nouvelle génération médicale n'en continue pas moins à envisager les maladies de la tête, d'après les idées qui ont fait établir de nombreuses distinctions entre les maladies de la poitrine ou de l'abdomen. Elle s'avance avec ensemble dans la nouvelle carrière où beaucoup d'auteurs n'ayant pas encore eu le temps de s'engager, il serait assez

---

(1) Georget, *Dict. de méd.*, en 21 vol., art. ENCÉPHALITE.

(2) Bouillaud, *Traité de l'encépalite.*

(3) Après une analyse vraiment *écolière* des symptômes que M. Lallemand assigne aux diverses maladies de l'encéphale ou de ses enveloppes, M. Broussais motive sur l'analogie des indications curatives à remplir dans ces différens cas, son peu d'estime pour le diagnostic différentiel, en disant : « C'est par cette raison que je persiste à rapporter tous ces symptômes cérébraux à un *principe unique*, l'irritation (*a*). » Il y a à peine cent ans qu'en raisonnant de la même manière on les eût tous rapportés à un embarras survenu dans le cours des esprits vitaux. De combien la nouvelle théorie est-elle préférable à l'ancienne? Il m'est difficile de le dire au juste.

(*a*) *Examen des doctrines médicales, etc.*, p. 777.

facile de présenter une analyse complète de leurs travaux, comme on devrait peut-être le faire dans une monographie. Néanmoins j'ai cru pouvoir m'en dispenser. Quant aux anciens écrits, il aurait fallu, pour bien les juger tous, s'être livré à des recherches bibliographiques dont on ne saurait entrevoir la fin; et l'immensité de la tâche, comparée au mince avantage de son exécution, m'a détourné de l'entreprendre. J'ai essayé d'y suppléer par des citations que commandait impérieusement la justice due aux labeurs de nos devanciers. Quoique bien incomplètes, elles contribueront sans doute en quelque chose, à montrer ma persévérance à suivre les progrès d'une partie importante de la médecine, à les hâter, sinon par mes travaux, au moins à les appeler de tous mes vœux, et à ne rien négliger pour bien faire connaître le point où ils ont porté la science.

Sans être, à beaucoup près, arrivés à leur dernier terme, ils peuvent déjà venir à l'appui de cette importante vérité, savoir, qu'une science ne prend rang parmi les autres que du moment où elle sait tirer des faits qui la constituent, des principes propres à les réunir en un tout méthodiquement disposé. Tant qu'à cette intention, elle a besoin de s'adresser aux autres sciences; elle n'a pas d'existence réelle.

Tel a été le sort de la médecine dans toute l'antiquité, et jusque bien avant encore dans l'époque actuelle. Aujourd'hui qu'elle peut enfin se suffire à elle-même, il ne lui conviendrait pas cependant davantage de s'isoler de ses premiers appuis. Loin de là, il est de son intérêt de suivre tous les pas que font les autres branches de nos connaissances. En voyant leur marche journalière si rapide, les médecins craindront une comparaison qui pourrait ne pas flatter leur amour-propre, et pour l'éviter ils s'efforceront de surmonter les obstacles contre lesquels tant de forces ont déjà été impuissantes. A peine les auront-ils vaincus qu'ils y puiseront une vigueur et une justesse d'esprit jusqu'à présent peu communes parmi nous. Alors la médecine pourra, sans crainte d'illusions, nourrir l'espérance d'atteindre un jour à cette suprématie scientifique dont elle se sent digne, qu'elle ne cesse d'ambitionner, et n'a encore jamais ni obtenue ni méritée (1).

---

(1) Cornelius Agrippa, *De vanitate scient. de medicinâ*, cap. LXXXII, p. 375.

RECHERCHES

SUR L'APOPLEXIE.

INTRODUCTION.

L'ordre est une vue de l'esprit, et consiste dans la manière dont chacun de nous envisage et dispose plusieurs objets, les uns relativement aux autres; il doit, par conséquent, varier autant que les moyens intellectuels des individus. Le meilleur est celui qui se trouve d'accord avec la manière de voir du plus grand nombre. Je ne me flatterai pas de l'avoir trouvé.

On convient assez généralement que l'exposition des faits doit précéder et amener celle des vérités générales destinées à les unir systématiquement; mais cette méthode, que j'ai cru devoir adopter comme préférable à toute autre, présente aussi des inconvéniens. En effet, quel que soit l'arrangement que l'on donne aux faits particuliers, il est à peu près impossible qu'ils n'aient pas besoin de quelques remarques explicatives, sorte de degrés indispensables pour conduire à des propositions plus élevées; et alors, comment ne pas devancer quelquefois des idées dont le développement n'aurait dû se trouver que plus tard? J'avoue que, malgré tous mes efforts pour parer à cet inconvénient, je n'ai pas toujours su l'éviter. Cependant il se trouve compensé par un avantage bien réel dans le temps

actuel, où l'on regarde comme un travail fatigant de lire un grand nombre d'observations de suite, et qu'amène nécessairement l'usage de la méthode dont je viens de parler; c'est que toutes les histoires de maladies rapportées dans cet ouvrage (1), ayant dû être disposées en groupes accommodés aux différens articles que j'ai eus à traiter, pourront sembler moins nombreuses à cause de ce mode de répartition et peut-être aussi par les réflexions qui les coupent presque toutes.

Néanmoins elles pourraient bien encore, malgré ce correctif, paraître surabonder. Le terme auquel il convient de borner la citation des exemples est difficile à trouver. Il semble que généralement on ne devrait se lasser d'en rapporter qu'après avoir suffisamment fait connaître les plus importantes variétés d'une maladie, de telle sorte que l'observation clinique ne pût rien présenter d'imprévu. S'il en est ainsi, je suis assuré d'être plutôt en-deçà qu'au-delà du but, quoique peut-être quelques personnes puissent penser le contraire. Toujours est-il vrai qu'un excès de ce genre serait infiniment préférable à la ridicule prétention de faire une monographie sans observations particulières; vice d'exécution qui a pu se pardonner il y a cent ans et plus, et que l'on ne voit pas sans surprise chez des auteurs recommandables de nos jours (2).

---

(1) J'ai emprunté des observations à plusieurs auteurs, par la raison que je ne trouvais pas, dans ma propre expérience, toutes celles dont je pouvais avoir besoin; et, en second lieu, parce que je tenais à montrer que toutes les histoires d'affections cérébrales, exactement décrites, pouvaient être citées à l'appui de ma manière d'envisager les maladies du système nerveux cérébro-spinal.

(2) Hildenbrand, *Traité du typhus*. —Razori, *Hist. de la fièvre pétéchiale de Gênes*.

Maintenant que l'on connaît l'ordre général adopté dans cet ouvrage, il est nécessaire, avant d'exposer le plan suivi dans la disposition de ses détails, de présenter une classification à laquelle les faits qu'il renferme puissent se rapporter aisément. Nous allons en tenter l'entreprise.

Sans différer précisément, par leur nature, des maladies des autres parties du corps, les affections de l'appareil nerveux cérébro-spinal présentent, sous une foule d'autres rapports, des particularités qu'il est de la plus haute importance de bien connaître. Un des meilleurs moyens pour y parvenir est de les étudier dans une classification méthodique des cas particuliers dont elles dépendent, lesquels peuvent et doivent d'abord être rapportés aux divisions suivantes, savoir : 1° les maladies indépendantes de toute altération appréciable aux sens; et 2° celles qui tiennent à une lésion quelconque.

Au nombre des maladies de la première classe nous trouvons : 1° les névroses; 2° le coup de sang; 3° la simple hypertrophie, ou l'atrophie du tissu nerveux.

Les maladies de la seconde classe sont : 1° les exhalations de sérosité ou de sang, sans rupture de vaisseaux; 2° les diverses altérations des vaisseaux d'un certain calibre; 3° le ramollissement *hémorrhagipare*, non inflammatoire; 4° l'endurcissement ayant ce dernier caractère; 5° les phlegmasies avec toutes leurs suites, épanchement séreux ou purulent, concrétions membraneuses, ramollissement inflammatoire, suppuration du tissu nerveux, etc.; 6° les productions accidentelles, tubercules, tumeurs érectiles, squirrhes, encéphaloïdes, etc.; 7° la production d'êtres vivans, hydatides, entozoaires, etc.

Il n'est pas nécessaire d'indiquer ici celles de ces

maladies qui, dans leur marche, suivent principalement soit la forme aiguë, soit la forme chronique, ni d'entrer dans de grands détails pour dire que parmi elles, les unes affectent particulièrement l'encéphale ou ses enveloppes, les autres atteignent à peu près également ces deux genres d'organes ; la remarque s'en présente naturellement à l'esprit de tout homme un peu versé dans l'étude de l'anatomie pathologique. Nous croyons par conséquent devoir entrer de suite dans quelques considérations moins aisées à apercevoir, que notre classification est naturellement faite pour appeler.

Elle distingue les maladies de l'appareil nerveux central par leurs caractères anatomiques; et il faut convenir que l'étude des symptômes est loin d'avoir été poussée assez loin pour faire diagnostiquer avec précision, pendant la vie, chacune des diverses lésions que le scalpel de l'anatomiste est en état de constater après la mort. Mais cet important problème, que tous nos efforts tendent à résoudre, une division anatomique des maladies ne permet pas de le perdre de vue un seul instant. Elle montre aussi qu'il ne suffit pas seulement, comme le dit M. Broussais, qui même ne porte pas toujours l'exigence jusque-là, de connaître l'organe souffrant (1). Il faut, de plus, apprécier la nature de ses souffrances, car il y a une grande différence pour la manière dont l'encéphale est affecté, entre le ramollissement inflammatoire et l'apoplexie; et, sous ce rapport, il est d'une grande importance pratique, après avoir déterminé le siége du mal, de savoir en distinguer l'espèce. Il ne l'est

(1) *Examen des doctrines médicales*, deuxième édition, tome II, page 777.

pas moins de bien en préciser la cause. En effet, outre les maladies dues à des agens spécifiques, comme les affections virulentes, dans lesquelles l'étude des causes domine toutes les autres questions, on la voit encore présenter un grand intérêt lorsqu'il s'agit d'affections d'un tout autre genre. Par exemple, il y a, eu égard à la cause, une grande différence entre deux épanchemens de sang dans l'encéphale produits, l'un par un coup, et l'autre par une apoplexie spontanée. Ainsi, recherche, 1° de l'organe souffrant; 2° de la manière dont il souffre; 3° de la cause qui le fait souffrir : voilà trois points fondamentaux en pathologie, sur lesquels on ne saurait trop appeler l'attention du praticien, puisqu'ils forment la base de tout diagnostic assuré, et de toute thérapeutique raisonnable (1).

La haute importance qu'il est impossible de ne pas leur reconnaître se montre déjà dans notre classification des maladies de l'appareil nerveux cérébro-spinal; elle se trouvera surtout amplement démontrée par les faits particuliers rassemblés dans *ces Recherches*. Voici comment :

---

(1) Un instinct de vérité, d'infaillible prévision, semble avoir dit aux médecins de tous les temps, que la thérapeutique doit principalement reposer sur une connaissance exacte des maladies. Mais cette importante connaissance, encore aujourd'hui bien incomplète pour la plupart d'entre elles, on n'a peut-être jamais cru plus sincèrement l'avoir acquise qu'aux époques où on la faisait dériver des hypothèses les plus déraisonnables. Elle n'en servait pas moins à établir des règles de traitemens qui, comme une sorte de religion, étaient observées avec une confiance d'autant plus aveugle et un entêtement d'autant plus invincible, qu'elles reposaient sur des opinions plus extravagantes. On en verra quelques échantillons dans la première section de notre cinquième chapitre.

Pour bien faire connaître l'hémorrhagie encéphalique, il ne suffisait pas de s'occuper uniquement d'elle; il fallait encore rapporter un certain nombre de cas pris parmi les maladies qui lui confinent, par quelque rapport que ce soit. Or ce travail, qui ne pouvait être convenablement exécuté sans donner lieu au développement de mes opinions médicales, m'a en quelque sorte imposé l'obligation de citer des exemples de presque toutes les maladies du système nerveux cérébro-spinal, décrites jusqu'à présent avec quelque exactitude, en les subordonnant toutefois à la maladie qu'ils étaient appelés à éclairer. Son histoire complète m'a paru devoir être divisée en cinq chapitres, qui embrassent les matières suivantes :

Le premier chapitre renferme la description de l'apoplexie; le second a pour objet sa distinction d'avec les maladies les plus susceptibles de la simuler; le troisième traite de son siége; le quatrième s'occupe de ses causes, et le cinquième de son traitement.

Suivant l'importance et l'étendue des matières qu'il contient, chacun de ces chapitres est divisé en un nombre de sections, d'articles ou de paragraphes, qui s'y trouvent indiqués à mesure que le développement du sujet montre la nécessité de le faire. L'ouvrage est terminé par des conclusions où les principes sur lesquels il repose sont brièvement rappelés, et présentés de manière à pouvoir servir de lien commun aux faits nombreux qu'il renferme.

CHAPITRE PREMIER.

HISTOIRE DESCRIPTIVE DE L'APOPLEXIE.

On ne peut parvenir à se faire des idées exactes et complètes sur une maladie, si on ne l'étudie d'abord dans son état de simplicité, ensuite, avec les plus importantes de ses complications. Sans une connaissance préliminaire des cas simples, il est presque impossible de parvenir à débrouiller les complications au lit du malade. Et qu'on n'aille pas croire qu'envisager ainsi les maladies soit un vrai jeu d'esprit, une pure spéculation; la nature elle-même nous indique cette manière de procéder, et quelquefois nous fournit des exemples si propres à montrer combien elle est rationnelle, qu'il faut avoir bien fermement résolu de ne pas se rendre à l'évidence, pour leur résister.

C'est en vain que quelques médecins s'efforceraient de combattre une méthode dont les ouvrages de l'illustre Pinel attestent les inappréciables avantages, en disant que rarement trouvons-nous les maladies dans cette simplicité modèle, et, pour appuyer leur opinion, citeraient des cas où tout semble se confondre (1). De ce que la nature s'entoure trop souvent d'un voile épais, s'ensuit-il que, loin d'essayer à le soulever, nous devions encore

(1) Petit et Serres, *Traité de la fièvre entéro-mésentérique*, pages 199 et suivantes.

chercher à le serrer davantage, et refuser de la reconnaître, dès l'instant où elle se montre à visage découvert? Oui, à en croire certains auteurs, qu'il faut ne point troubler dans leurs idées et laisser entièrement libres de choisir avec intention, des exemples de maladies incertaines et embrouillées. Bientôt l'obscurité de leurs écrits aura montré, à tout autre qu'à eux, qu'ils avaient peu à craindre de se rendre moins intelligibles en suivant des principes opposés.

Il serait inutile de s'arrêter plus long-temps sur de tels objets à une époque heureuse pour la médecine, où il est plus aisé de se faire remarquer en suivant une mauvaise route, qu'en se laissant aller au bon esprit dont nous avons de si nombreux modèles. On se fait remarquer en s'écartant du droit chemin. Tant pis pour ceux qui ambitionnent cette triste gloire!

SECTION PREMIÈRE.

HISTOIRE DE L'APOPLEXIE SIMPLE.

Rassembler un certain nombre de faits particuliers, s'en servir pour tracer une description générale, chercher ensuite, par l'appréciation des symptômes observés pendant la vie et des lésions trouvées à l'ouverture des cadavres, quels rapports existent entre ces deux ordres de phénomènes; voilà autant de conditions indispensables à remplir dans l'histoire descriptive de toute maladie. Nous avons consacré à l'accomplissement de chacune d'elles, eu égard à l'apoplexie, un des quatre articles qui composent la présente section.

ARTICLE PREMIER.

Observations particulières.

Si la méthode analytique ou celle qui consiste à procéder du connu à l'inconnu, du simple au composé, pouvait encore être attaquée, un des meilleurs moyens de la faire triompher serait, sans contredit, d'obliger ses adversaires à observer de suite un certain nombre d'apoplexies. En effet, c'est une des maladies qu'il arrive le plus fréquemment de rencontrer exempte de complication ; elle s'analyse en quelque sorte d'elle-même. Peut-être n'a-t-on pas encore remarqué ce fait qui n'en est pas moins vrai. Je n'essayerai pas de l'expliquer, par la raison qu'une vérité ne reçoit pas son existence d'une explication. L'important est de la bien constater, le reste est accessoire.

Le point sur lequel nous venons d'insister sera suffisamment établi par les observations particulières suivantes, qui, à son égard, peuvent être considérées comme une sorte de *specimen* de ce que présente l'observation habituelle de l'apoplexie. Elles nous donnent aussi l'occasion de dire que, sous le rapport de leur disposition progressivement croissante, à être affectées d'hémorrhagie, les diverses parties du système nerveux cérébro-spinal doivent être rangées dans l'ordre suivant : 1° La moelle épinière; 2° la protubérance; 3° le cervelet; et 4° enfin, le cerveau. Il en résulte que, jusqu'à présent, l'apoplexie du dernier de ces organes a seule été étudiée avec assez de soin et de détails pour pouvoir être décrite d'une manière complètement exacte. On doit donc principalement lui appliquer notre description géné-

rale, et presque tous les détails de séméiologie et d'anatomie pathologique contenus dans les trois articles suivans. Quant aux autres apoplexies, nous nous sommes d'abord contenté d'indiquer les différences qu'elles offrent sous ces deux rapports, à mesure que les faits où elles se présentent nous engageaient à les prendre pour texte de nos *remarques*. Puis, afin de lier ensemble ces questions et une foule d'autres analogues, nous y sommes revenus de nouveau, et avons cherché à les traiter aussi à fond que l'état de la science le permet, dans le chapitre troisième, relatif au siége de l'apoplexie. Dès à présent nous avons cru devoir, d'après la considération de ses principales variétés, rapporter à cinq paragraphes les observations particulières dont se compose cet article. Ce sont les apoplexies, 1° du cerveau, 2° de la protubérance annulaire, 3° du cervelet, 4° de la moelle épinière, et 5° les cas où les malades ayant survécu, le siége précis de l'hémorrhagie est resté indéterminé.

§ Ier. Apoplexies du cerveau.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Apoplexie par épanchement de sang dans le corps strié droit, et disposition anévrismatique du cœur.

Oudard (Jeanne), âgée de trente-six ans, de Genève (département du Léman), d'un tempérament bilieux-sanguin, d'un embonpoint ordinaire, sans état, sujette depuis quelques années à éprouver de l'oppression et à être souvent enrhumée, jouissait cependant d'une santé passable. Elle n'avait éprouvé aucune incommodité marquante les jours précédens,

lorsque, le 3 juillet 1810, au matin, elle fut trouvée sans connaissance, étendue sur le carreau, et paralysée du côté gauche : on l'apporte à la Maison de Santé dans cet état. Le visage était pâle, livide, la respiration à peu près naturelle, quoique la malade *fumât la pipe;* elle paraissait entendre, mais ne parlait pas; le pouls était dur, tremblottant, difficile à décrire, avec des mouvemens tumultueux du cœur. (*Sinap.; orang.; jul. éther.*)

Le 4, persistance de l'*hémiplégie*, respiration calme, pouls faible, irrégulier, cent vingt pulsations: une selle. (*Vésicat. épaul.; jul. val. éther.; orang.*)

Le 5, à peu près même état; efforts pour articuler quelques paroles que l'on ne peut entendre. (*Même prescription.*)

Le 6 et le 7, pas de changement remarquable, ventre libre. La malade paraît s'affaiblir. (*Même prescription. Sinap.*)

Le 8, au matin, après une nuit agitée, respiration élevée, parfois un peu râlante, yeux cernés, pouls très-faible. Mort à six heures du soir.

Ouverture du cadavre.

L'habitude extérieure du corps n'offrait rien de remarquable.

Crâne. Beaucoup de sang dans les vaisseaux de la dure-mère. Infiltration assez considérable de sérosité entre l'arachnoïde et la pie-mère, sur la face supérieure du cerveau; un peu colorée en rouge sur l'hémisphère gauche. Toute la masse encéphalique très-molle.

Le corps strié droit contenait, dans son milieu, deux caillots de sang, gros chacun comme une noisette, logés séparément dans des poches caverneuses, irrégulièrement arrondies, dont les parois étaient

ramollies et comme suppurées, dans l'épaisseur d'une à deux lignes; beaucoup plus mou que le gauche, il avait ses vaisseaux fort injectés.

Poitrine. Le cœur était très-gros, surtout par rapport à la taille du sujet. L'oreillette droite, très-dilatée, contenait une concrétion polypiforme jaunâtre, grosse comme un œuf de pigeon, et beaucoup de sang noir coagulé. Le ventricule de ce côté, très-dilaté, avait un volume double de celui qu'il a ordinairement. Ses parois amincies, d'une ligne au plus d'épaisseur, présentaient une sorte de dégénération graisseuse. Le ventricule gauche était dilaté, et ses parois épaissies; les tubercules des valvules sigmoïdes aortiques cartilagineux, gros comme des grains d'orge; les valvules elles-mêmes parfaitement saines.

Le tissu du cœur, mou dans les ventricules, était plus ferme dans les oreillettes; et, dans quelques points de peu d'étendue, il avait une dureté remarquable.

Le poumon droit, très-adhérent au diaphragme, était compacte à sa partie inférieure principalement; cependant il surnageait dans l'eau. De même que le gauche, il contenait une grande quantité de sang dans ses vaisseaux.

Remarques. En admettant que l'anévrisme du cœur puisse avoir de l'influence sur la production de l'apoplexie, il ne change rien à sa marche habituelle, et n'en rend pas le diagnostic plus difficile. On en peut dire autant de l'espèce de complication dont l'observation suivante offre l'exemple. Voilà pourquoi j'ai cru sans inconvénient de placer ce cas et d'autres analogues dans une SECTION consacrée à l'histoire de l'apoplexie simple.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Apoplexie et fièvre adynamique.

Mouillard (Louis-François), âgé de soixante-quatorze ans, d'Amiens (Somme), d'un tempérament sanguin, maigre, sans état, éprouvait depuis un an quelques incommodités peu graves, et ne jouissait pas de sa santé ordinaire. Cependant ces accidens n'avaient point été assez forts pour l'engager à recourir aux conseils d'un médecin. Le 23 juin 1812, on le trouva étendu dans sa chambre, sans connaissance, peu d'heures après son déjeuner. En le portant dans le lit, on s'aperçut qu'il était paralysé du côté *gauche*. Dans la soirée, il commence à articuler quelques mots; paraît dans un état de léger délire, ne reconnaissant aucune des personnes qui l'approchent. Pas de changemens notables les jours suivans: la paralysie persiste. (*Vésicat. jamb.; émét.; deux purgat.*)

Le 2 juillet, jour de l'entrée à la maison de Santé, état de léger délire, pouls fréquent, langue noire et sèche, sommeil, ventre libre; persistance de l'hémiplégie. (*Mxt. kk. dos.* j 1/2. *camp.* gr. xxx.; *nit. dulc. acid. nit.* xij. gtt.)

Le 3, langue sèche et noire; pouls, quatre-vingt-seize; se plaint d'être faible et abattu, pas de selle. (*Même prescription.*)

Le 4, même état. (*Poud. jam.* ℥j.; *nit. dulc.*) Plusieurs selles dans la journée.

Le 5, pas de changement sensible; soif assez forte. (*Mxt., kk. camp.* gr. xx.; *orang.*)

Les 6, 7 et 8, langue toujours sèche et fendillée; s'affaiblit. (*Même prescription.*)

La faiblesse fait chaque jour des progrès ; le pouls devient à peine sensible. Le 14, la respiration est râlante, les traits altérés. Mort dans la nuit, vers quatre heures du matin.

Habitude extérieure du corps. Rien de remarquable.

Crâne. Médiocre quantité de sang dans les vaisseaux de la dure-mère. La partie postérieure du ventricule gauche était remplie par du sang rouge non coagulé ; un gros caillot se trouvait dans la partie postérieure du ventricule droit. Sous le corps cannelé de ce côté, on voyait une caverne qui contenait environ une once de sang brun, fibrineux du côté du cerveau, noirâtre et en caillots, du côté du ventricule. Elle communiquait avec cette cavité par deux ouvertures irrégulièrement arrondies, larges de trois à quatre lignes, entre lesquelles la couche optique déchirée formait une espèce de pont, et occupait toute la partie externe de la couche optique droite, les trois quarts postérieurs du corps strié du même côté, et la portion de l'hémisphère environnante. Ses parois étaient assez fermes, plus que le reste du cerveau, et offraient, dans l'épaisseur d'une ligne ou deux, une teinte assez semblable à celle de la terre de *Sarguemine*. Le reste de la substance cérébrale n'offrait aucune altération sensible.

Poitrine. Le lobe inférieur du poumon gauche était gorgé de liquide, et *chroniquement* hépatisé ; le reste de ce viscère était peu crépitant. Le poumon droit, crépitant dans toute sa masse, présentait, au sommet, gros comme un œuf de son parenchyme altéré, comme je vais le faire connaître. Il y avait, à différentes distances, cinq ou six portions dures, grosses comme des noisettes, qui offraient une dé-

génération tuberculeuse, d'une grande dureté, traversée par des veines de mélanose; puis, à l'extérieur de cette tumeur, du côté de la plèvre, se trouvaient deux petits noyaux cartilagineux, gros comme des pois. Dans le reste de son volume, elle contenait encore huit ou dix petits noyaux durs, qui n'étaient formés que par de la mélanose. Le cœur était sain, ainsi que l'origine des gros vaisseaux.

Abdomen. La vésicule contenait une assez grande quantité de bile, noire comme de l'encre : les autres organes abdominaux n'offraient, du reste, aucune altération.

Remarques. La fièvre adynamique existait déjà quand Mouillard a été admis à la maison de Santé, et peut-être même, plusieurs jours avant son entrée. Cette complication de l'apoplexie, heureusement rare, est une des plus fâcheuses, parce que les médicamens propres à la combattre sont de nature à augmenter la tendance à l'hémorrhagie, et à en déterminer le retour, principalement dans les premiers jours de la maladie (1). En effet, nous avons vu, à l'ouverture du cadavre, une assez grande quantité de sang récemment épanché; phénomène qui, s'il n'avait pas été provoqué par l'administration du kina, n'avait sans doute pas été retardé par l'effet de ce médicament. On a, dans une pareille circonstance, deux indications opposées à remplir : diminuer et entraver, s'il est possible, l'effort hémorrhagique par un traitement anti-

(1) M. Lallemand (*Recherches anatomico-photol. sur l'Encéphale*, etc., page 286) a vu, chez un apoplectique, l'usage des toniques déterminer l'inflammation du cerveau.

phlogistique; soutenir et relever les forces par un traitement tonique, seul approprié à la fièvre. Comme il est impossible de faire marcher à la fois ces deux modes de traitement, on est forcé de s'en tenir à l'indication qui semble la plus pressante, et l'on est rarement sûr de se déterminer pour le meilleur parti. Un cas de ce genre est un des plus embarrassans de la pratique médicale.

L'état inflammatoire du poumon gauche et l'altération organique du poumon droit étaient de très-légères complications, en comparaison de la fièvre adynamique.

TROISIÈME OBSERVATION.

Apoplexie par hémorrhagie dans la partie antérieure et interne de l'hémisphère gauche.

Claude (Françoise), âgée de cinquante-deux ans, du Cap-Français (Saint-Domingue), mulâtresse, grosse et grasse, domestique, avait eu, il y a un an, une perte profonde et complète de connaissance, qui s'était dissipée en peu de temps, sans laisser de paralysie après elle. Depuis cette époque, elle avait continué à jouir d'une bonne santé. Le 25 avril 1811, elle éprouva tout à coup une perte de connaissance complète, et elle resta deux jours sans parler et sans paraître entendre. Au bout de ce temps, elle fut prise d'un délire assez tranquille, qui alternait avec de l'assoupissement : on s'aperçut alors que ses membres, du côté droit, restaient immobiles. Pas de changement sensible jusqu'à son entrée à la Maison de Santé, le 28. Ce jour-là, délire tranquille, ne paraît faire aucune attention à ceux qui l'approchent et à ce qu'on lui dit; pouls quatre-vingt-quatre, ventre

resserré, immobilité des membres droits. (*Tart. stib.* gr. ij; *pd.; vésicat. nuq.*) Deux ou trois selles.

Le 29, même état. (*Jul. val. éther.; orang.*) Le 30, délire, agitation la nuit, n'a fait que parler, pas de selle. (*Même prescription : deux pil. d'aloès.*) Le 1[er] et le 2 mai, pas de changement sensible. (*Même prescription.*)

Le 3, délire plus calme; du reste, même état; pas de selle; pouls, quatre-vingt-quatre. (*Tart. stib.* gr. iij. *pd.; même prescription.*) Plusieurs évacuations alvines dans la soirée. Les 4 et 5, délire par intervalles; répond avec plus de suite quand on lui parle; une selle. (*Jul. val. éther.* ʒj.; *orang.*)

Le 6, dans la soirée, il survient un assoupissement profond, que l'on prend pour du sommeil. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Embonpoint considérable.

Crâne. Les vaisseaux et les sinus de la dure-mère contenaient une très-grande quantité de sang.

A la partie interne de l'hémisphère gauche du cerveau, au-devant et au niveau du corps calleux, se trouvait une excavation d'un demi-pouce de profondeur, d'un pouce de long, remplie par un caillot de sang noir et mou, mêlé de portions de substance cérébrale. Le fond de cette excavation était formé par la substance du cerveau, ramollie et presque diffluente, dans l'épaisseur de près de deux lignes. Deux ou trois onces de sang échappées par cet endroit, s'étaient répandues sur la partie antérieure et externe des hémisphères, principalement du gauche, et formaient deux couches distinctes, l'une interne, enveloppant immédiatement l'arachnoïde des hémi-

sphères, formée par un sang noir, en caillots moux, faciles à écraser; l'autre, extérieure, dont le sang était brunâtre, fibrineux et dense, adhérait à l'arachnoïde de la dure-mère.

Le quatrième ventricule était rempli par un caillot de sang qui s'y était moulé. Les ventricules latéraux en contenaient aussi, et il y en avait, outre cela, à peu près une demi-once infiltrée entre la pie-mère et l'arachnoïde de la face inférieure du cervelet. Ce sang était noir, mou, fort différent, par conséquent, de celui de la couche extérieure qui environnait les hémisphères. Je n'ai pas pu découvrir par où il pouvait s'être échappé. Les vaisseaux du cerveau versaient un grand nombre de gouttelettes de sang, quand on le coupait par tranches : du reste, cet organe était très-sain.

Les organes de la poitrine et de l'abdomen étaient dans l'état naturel.

Remarques. Il y a eu successivement deux hémorrhagies. Cette proposition ne peut rester douteuse, si l'on fait attention aux deux aspects différens sous lesquels s'est offert le sang, à l'ouverture du crâne. Celui qui était brunâtre, dense, fibrineux, appartenait à la première; l'autre, noir, mou, facile à écraser, était bien plus récemment épanché. La résorption du premier avait déjà commencé; l'amélioration dans les symptômes en était la preuve incontestable, quand un nouvel épanchement a terminé la vie. Doit-on l'attribuer à l'administration de l'éther, dont on avait augmenté la dose d'un tiers dans les trois derniers jours? Je me garderai bien de répondre à cette question par l'affirmative; je dirai seulement qu'un tel médicament était peu propre à s'opposer au retour de l'hémorrhagie.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Apoplexie. Épanchement de sang dans la partie inférieure du lobe moyen gauche du cerveau, et dans le corps strié droit.

Lavallé (Nicolas), âgé de quatre-vingts ans, de Saint-Vincent (Saône-et-Loire), d'un tempérament sanguin, d'un embonpoint ordinaire, était sujet, depuis six ou huit ans, à éprouver de temps à autre de légers étourdissemens qui lui avaient fait perdre momentanément connaissance, une ou deux fois. Cependant, malgré ces accidens et un vieux catarrhe, il jouissait d'une très-bonne santé pour son âge, menait une vie sobre, et faisait habituellement beau coup d'exercice. Le 17 janvier 1813, en rentrant chez lui il tombe sans connaissance, au haut de l'escalier, et on l'y trouve couché, peu d'heures après cet accident, entièrement privé de sentiment, et paralysé du côté droit. Les 18 et 19, pas de changement. (*Tart. stib.; sinap.; sang. col.*) Le soir, au moment de son entrée à la maison de Santé, assoupissement profond, pouls peu fréquent, pupilles immobiles, contractées; respiration libre et à peu près naturelle, visage d'un homme endormi, résolution des membres droits.

Le 20, même état; pouls, cent quatre; une selle. (*Jul. val. éther.; orang.; vésicat. cuiss.*) Le 21, parfois un peu de toux; pouls, quatre-vingt-seize, élevé. (*Même prescription, vésicat. nuq.; sinap.*) Le 22, persistance des mêmes symptômes, six ou huit attaques momentanées de mouvemens convulsifs, dans la journée. (*Mxt. kk. liq. Hoff.* ℈ij.; *org.*)

Le 23, respiration parfois un peu râlante; pouls, cent huit, pas de selle. (*Tart. stib.* gr. j. 1/2; *org.*) Le soir, la respiration est encore plus gênée, le pouls faible, et les extrémités froides. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Traces d'une légère contusion à la tête, que le malade s'était faite en tombant. Rien de remarquable du reste.

Crâne. Très-grande quantité de sang dans les vaisseaux de la dure-mère de l'extérieur du cerveau et dans ceux de la pie-mère qui était presque aussi rouge que si elle eût macéré dans le sang. Dans la partie inférieure du lobe moyen gauche, une large caverne irrégulièrement alongée, pouvant loger un œuf, remplie de sang noir et coagulé. Elle s'ouvrait dans la fosse temporale moyenne, par une déchirure arrondie, irrégulière, de quatre à cinq lignes de diamètre. Par là étaient sorties environ six ou huit onces de sang noir, formant une couche épaisse de quatre ou cinq lignes, dans chaque fosse temporale, s'amincissant peu à peu, en enveloppant la partie antérieure et externe des hémisphères, jusque près de la faux du cerveau, où elle se terminait. Elle s'étendait aussi, un peu en arrière, sur la tente du cervelet.

Les parois de la caverne étaient rougeâtres et d'une mollesse extrême, dans l'épaisseur de deux à trois lignes, puis faisaient place à une couche de substance cérébrale molle, jaunâtre, laquelle, après trois ou quatre lignes d'épaisseur, prenait insensiblement la couleur et la consistance du reste du cerveau.

Dans la partie inférieure et antérieure du corps strié droit, se trouvait une petite caverne, qui contenait un caillot de sang gros comme le pouce, et dont les parois offraient les mêmes dispositions que celles de la grande.

J'ai cru pouvoir n'ouvrir que le crâne.

Remarques. Valsalva a observé, comme une chose constante, que, quand il y avait à la fois épanchement de sang des deux côtés du cerveau, la paralysie se trouvait toujours, comme dans le cas ci-dessus, du côté opposé à l'épanchement le plus considérable. Nous aurons occasion de revenir encore sur cette vérité, à peu près oubliée de nos jours, et d'autres observations nous mettront à portée de la confirmer. Celle-ci nous donne aussi sujet de faire remarquer la dégénération manifeste de la substance du cerveau autour du lieu de la rupture. Cette disposition pathologique est constante; nous l'avons vue dans les trois observations précédentes. Elle n'est pas aussi connue que l'autre. Peut-être aucun auteur ne l'a-t-il décrite d'une manière précise et exacte. Elle mérite, par cela même, une attention toute particulière, outre qu'elle peut encore nous éclairer sur les causes prochaines de l'apoplexie, comme nous le verrons.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Apoplexie. Épanchement de sang dans le corps strié droit et dans les ventricules latéraux.

Caillaux (Henri-Nicolas), âgé de trente-huit ans, de Dourdan (Seine-et-Oise), d'un tempérament sanguin, blond, grand, bien fait, d'un embonpoint or-

dinaire, commis, jouissait d'une très-bonne santé, lorsque, le 23 novembre 1813, à dix heures du matin, peu de temps après avoir déjeuné, il éprouve une vive affection morale. Cependant il veut également aller à son bureau, quoiqu'il se sente incommodé. En route, il tombe sans connaissance et vomit ce qu'il avait mangé. Le sentiment ne revient pas. On le porte à la maison de Santé, à deux heures après midi. Voici quel était son état : stupeur profonde, pupille droite dilatée, pupille gauche contractée, toutes deux immobiles; visage pâle, respiration assez calme, râlante par courts intervalles; pouls un peu rare, plein, ferme; légère roideur comme tétanique des membres qui restent immobiles; nez déjà froid. (*Tart. stib. avec l'arnic.; jul. éther.; orang.; sinap.*)

Au bout de trois ou quatre heures, la respiration est râlante, le pouls s'affaiblit, les extrémités deviennent froides. Mort à onze heures du soir.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Larges ecchymoses sur les membres inférieurs; du reste, rien de remarquable.

Crâne. Très-grande quantité de sang dans les vaisseaux du péricrâne et de la dure-mère, beaucoup aussi dans ceux de la pie-mère extérieure. Environ trois onces de sang liquide, rouge, dans les ventricules latéraux.

A la partie postérieure du ventricule gauche se trouvait une érosion, avec perte de substance, d'un quart de ligne de profondeur, d'un pouce environ de surface, d'un rouge brun du côté du ventri-

cule. Cette érosion, par où s'était échappé le sang contenu dans la cavité ventriculaire, reposait sur une couche de substance cérébrale molle, jaunâtre, épaisse de près d'une demi-ligne.

Large caverne dans la partie externe du corps strié droit, à sa réunion avec l'hémisphère, contenant cinq ou six onces de sang noir, en caillots, parmi lequel étaient mêlées des portions considérables de substance cérébrale. Cette caverne ne communiquait point avec le ventricule, et était située entre ses parties supérieure et inférieure. Les parois en étaient molles, inégales, anfractueuses, d'un rouge brun, formant une couche très-mince, à laquelle succédait une autre couche, d'un quart de ligne d'épaisseur, remplie par un nombre infini de très-petits points de sang, immédiatement après laquelle, la substance cérébrale était très-saine. Ce qui restait du corps strié était très-mou, d'une couleur violette foncée, et comme malaxé dans du sang. A la partie antérieure de la couche optique du même côté, près la bandelette semi-circulaire, se trouvait une érosion de quatre à cinq lignes de surface, semblable en tout à l'érosion plus considérable du ventricule gauche.

Je n'ai ouvert ni la poitrine ni l'abdomen.

Remarques. Il y a dans cette observation trois points principaux qui méritent une attention particulière : 1° la roideur comme tétanique des membres; 2° les ecchymoses des jambes; 3° le peu de profondeur du ramollissement jaune du cerveau.

Il serait difficile et peut-être superflu d'expliquer comment, avec un déchirement aussi considérable du cerveau, les membres, au lieu d'être résolus, conservaient une roideur bien remarquable : c'est un de ces faits rares, en quelque sorte hors de rang,

qui paraissent faire exception aux lois les plus ordinaires de la nature, et qu'il est, par cela même, très-important de connaître, pour ne point y être trompé. Cette roideur convulsive aurait sans doute bientôt fait place à un collapsus complet, si la maladie avait duré plus long-temps; et elle se fût alors montrée avec ses deux symptômes caractéristiques, la perte du sentiment et la paralysie. La grande rapidité de sa marche en a entravé le développement régulier. Il en devait nécessairement résulter un certain vague pour l'établissement du diagnostic : aussi, quoique toutes les probabilités fussent en faveur de l'apoplexie, il aurait, ce me semble, été téméraire de prononcer sur l'existence de cette maladie dans ce cas, exemple remarquable d'hémorrhagie du cerveau, portée à un très-haut degré, et cependant accompagnée d'accidens équivoques et inhabituels.

L'existence des ecchymoses sur les jambes est une circonstance fortuite, à laquelle on aurait tort d'attacher une grande importance. Elles pouvaient se rencontrer ou ne pas se rencontrer. La dernière supposition se vérifierait certainement dix fois contre l'autre une seule.

Il n'y a qu'un instant, j'ai dit que l'apoplexie marchait toujours avec une altération plus ou moins considérable du cerveau, dans le lieu de l'hémorrhagie : chez ce sujet pourtant, elle existait à peine, si l'on excepte le ramollissement jaune, d'une demi-ligne d'épaisseur, des deux érosions; mais le sang de la grande caverne était mêlé, comme nous l'avons vu, avec des lambeaux considérables de substance cérébrale. N'est-il pas probable, n'est-il pas plutôt certain, que toute la portion du cerveau ramollie aura été entraînée par le sang qui s'échappait avec une

grande vitesse, je dirais presque par torrens? Ce fait confirme donc l'opinion précédemment émise, bien loin de la détruire.

SIXIÈME OBSERVATION.

Apoplexie. Épanchement de sang dans la partie externe du corps strié gauche, et dans la partie circonvoisine de l'hémisphère.

Patin (Jérôme), âgé de soixante ans, de Varly (département de l'Oise), d'un tempérament bilieux-sanguin, cheveux bruns, embonpoint ordinaire, cocher, jouissait depuis plusieurs années d'une très-bonne santé, et n'avait jamais éprouvé d'étourdissemens ni de vertiges portés à un haut degré. Le 30 décembre 1812, étant en voiture, il perd tout à coup connaissance, et se laisse tomber sur le côté droit: la respiration s'embarrasse et devient un peu stertoreuse. Cet état persiste.

Le 1er janvier 1813, on le porte à la maison de Santé: la connaissance n'était pas revenue; visage coloré, légère gêne de la respiration; pouls, quatre-vingts; pas de selle depuis l'attaque. (*Jul. éther.; orang.; vésicat. nuq.*)

Le 2, même état. (*Même prescription; vésicat. jamb.*)

Le 3, pas de changement sensible, pas de selle.

Le 4, la respiration devient plus gênée; stupeur profonde, visage un peu livide. (*Même prescription.*)

Le soir, le râle survient. Mort le 5, dans la matinée.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Rien de remarquable.

Crâne. Les vaisseaux de la dure-mère et ceux de l'extérieur du cerveau contenaient une très-grande quantité de sang. Il y en avait environ deux onces, non coagulé et liquide, dans les ventricules latéraux. Le corps strié gauche présentait, à sa partie antérieure et interne, une légère érosion. Toute sa partie externe, la portion de l'hémisphère qui lui est continue, l'hémisphère seul en arrière, vers la partie postérieure du ventricule, étaient creusés par une caverne alongée, inégale, traversée par des portions minces de substance cérébrale, remplie par quatre ou cinq onces de ang noir, en partie coagulé et en partie coulant Les parois de cette caverne étaient d'un rouge foncé, dans l'épaisseur d'une ligne ou deux, très-molles, et s'enlevaient en raclant avec le manche du scalpel, à peu près comme aurait fait une couche de sang caillé. A cette première couche il en succédait une autre, de trois à quatre lignes d'épaisseur, occupée en entier par un nombre prodigieux de petits points de sang gros comme des têtes d'épingles et de camions. Elle était entourée par une troisième et dernière couche légèrement jaunâtre, molle et très-facile à écraser entre les doigts, qui reprenait insensiblement, en dehors, l'aspect et la consistance de la substance cérébrale saine, en se continuant avec elle. Il n'y avait que vers l'extrémité postérieure de cette caverne, où ses parois n'ayant qu'une ligne ou deux d'épaisseur, et présentant une déchirure arrondie, ouverte dans la partie postérieure du ventricule, n'avaient pas les trois modes successifs d'altération que je viens de décrire.

Tout le reste de la masse encéphalique était ferme, très-sain; mais ses vaisseaux contenaient une grande quantité de sang.

L'abdomen et la poitrine n'ont pas été ouverts.

Remarques. Sur six observations, en voilà une qui nous montre l'apoplexie accompagnée de la coloration rouge de la face; encore ce symptôme n'existait-il qu'à un degré modéré: il sera bien plus intense dans l'observation suivante. En revanche, la lésion de la substance cérébrale est une des plus marquées que nous ayons rencontrées jusqu'ici. Elle pourrait en quelque sorte servir de type pour décrire ce genre d'altération. Est-il probable qu'en aussi peu de temps elle eût pu parvenir à un aussi haut degré, par le seul effet du séjour du sang, si le cerveau n'avait pas déjà été lésé avant l'hémorrhagie?

SEPTIÈME OBSERVATION.

Apoplexie. Épanchement de sang dans les corps striés et l'hémisphère gauche. Épanchement séreux primitif dans les ventricules latéraux.

Grignon (Elisabeth), âgée de trente-quatre ans, de Pont-Sainte-Maxence (Oise), d'un tempérament sanguin, visage plein et coloré, embonpoint plus qu'ordinaire, lingère, avait toujours joui d'une bonne santé, quand, il y a quatre mois, elle eut le malheur de perdre son mari. Cette perte lui causa un profond chagrin qui porta le plus grand trouble dans ses facultés intellectuelles. Depuis cette époque, elle était dans un état d'insouciance et d'apathie inexprimable; mangeant, buvant sans trop savoir ce qu'elle faisait, laissant aller sous elle: malgré cela, elle n'avait pas maigri. Ce fut dans cette disposition qu'elle entra à la maison de Santé le 13 novembre 1810. Depuis cette époque jusqu'au 5 décembre suivant, il ne s'é-

tait manifesté aucun changement en elle. Le 6, elle refusa de manger. Le 7, vers huit heures du matin, on l'entend ronfler très-fort : on s'imagine d'abord qu'elle dort. A dix heures et demie, on va pour l'éveiller, et on la trouve le corps couvert de sueur, le visage très-rouge, les pupilles dilatées, immobiles; le pouls petit, faible et fréquent; plongée dans un assoupissement des plus profonds, et ne paraissant nullement entendre. (*Sinap.; jul. éther.*) Peu d'instans après, la respiration devient râlante. Elle meurt à midi.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Embonpoint encore assez grand.

Crâne. Les vaisseaux de la dure-mère étaient gorgés de sang. Les ventricules latéraux contenaient environ une once de sérosité.

Le corps strié gauche, mou, gonflé, un peu inégal, contenait à l'intérieur une foule de petits épanchemens de sang gros comme des têtes d'épingles et des grains de chenevis. Le droit offrait aussi la même altération, mais il y avait de plus, dans sa partie antérieure et externe, une cavité qui pouvait loger une noix, et qui faisait suite à une autre excavation située dans le lobe antérieur du cerveau, dont les parois, en dehors et en avant, étaient formées seulement par la pie-mère et par l'arachnoïde qui retenaient et empêchaient de s'épancher, dans le crâne, le sang noir et coagulé dont ces deux cavités étaient remplies : il pouvait être évalué à une once et demie. Les parois de ces cavités, dans le reste de leur étendue, étaient formées par la propre substance du cerveau,

désorganisée et réduite en une espèce de pulpe jaunâtre, molle et presque diffluente. Cette lésion s'étendait à près de quatre lignes d'épaisseur. Le reste de la masse encéphalique n'offrait aucune altération.

L'ouverture de l'abdomen et de la poitrine n'a pas été faite.

Remarques. L'observation ci-dessus nous présente un exemple d'apoplexie bien promptement mortelle, puisque la maladie a tout au plus duré six heures. Une marche aussi rapide est rare dans cette affection, et plus rare qu'on ne pense généralement. Cependant il semblerait assez raisonnable de croire que la mort, en commençant par le cerveau, devrait être extrêmement prompte. L'observation a appris qu'elle a lieu bien plus rapidement quand elle commence par le cœur. C'est dans les maladies de cet organe que quelquefois la vie s'éteint subitement, dans toute la rigueur du terme, et que les malades ne sont déjà plus avant que l'on ait songé à leur porter des secours.

Il pourra paraître étonnant que j'aie donné le nom de primitif à l'épanchement séreux des ventricules. Il eût été plus conforme avec les doctrines généralement admises, de le regarder comme un effet consécutif, dû à l'engorgement des vaisseaux et à l'hémorrhagie. Voici sur quelles raisons j'appuie mon opinion : 1° la malade avait éprouvé un dérangement apathique très-marqué des facultés intellectuelles, longtemps avant sa dernière maladie. Nous verrons, dans le chapitre deuxième, à l'article *Des épanchemens séreux chroniques des ventricules*, qu'ils donnent presque constamment lieu à ce symptôme; 2° l'épanchement, véritablement consécutif, se manifeste rarement avant la fin du premier mois qui suit l'attaque,

comme nous en aurons la preuve dans le premier article de la section suivante; 3° tous les apoplectiques qui meurent avant ce terme, mais plus lentement que Grignon, d'une première attaque non précédée de trouble intellectuel, ne présentent, à l'ouverture du crâne, aucun épanchement de sérosité tant soit peu considérable.

S'il en est ainsi, l'observation qui nous occupe devrait donc être placée parmi les cas de complication. J'en conviens; mais je fais observer en même temps que la complication étant peu de chose, en comparaison de la gravité de l'hémorrhagie, l'inconvénient de ce défaut d'ordre, de cette transposition, se trouve bien léger.

HUITIÈME OBSERVATION.

Apoplexie. Érosion de la partie antérieure et interne de chaque hémisphère, par où le sang s'était échappé en grande quantité.

Martzolf (Marie), âgée de soixante-deux ans, d'un tempérament sanguin, embonpoint ordinaire, visage coloré, de Strasbourg (Bas-Rhin), sans état, avait été placée par ses parens, le 7 juillet 1810, à la maison de Santé, comme dans un lieu de retraite, parce qu'elle montrait dans ses facultés intellectuelles un trouble fort analogue à la démence sénile: du reste sa santé ne paraissait altérée en rien. Le 15, dans la matinée, voyant qu'elle ne se lève pas, on croit qu'elle dort plus qu'à son ordinaire : on va pour l'éveiller, et on la trouve dans un état profond d'assoupissement, les yeux fermés, les pupilles contractées, immobiles, le visage un peu pâle, le pouls mou,

ne paraissant pas entendre. (*Jul. éther.; sinap.*) Le soir, la respiration devient stertoreuse, le visage est très-rouge, la peau chaude, halitueuse; le pouls présente le même caractère. Le 16, au matin, respiration un peu râlante, visage pâle, décomposé. Mort à une heure du soir.

Ouverture du cadavre.

L'habitude extérieure n'offrait rien qui fût à remarquer.

Crâne. Les vaisseaux de la dure-mère très-gorgés de sang. A la partie antérieure et interne de chaque hémisphère, au niveau du corps calleux, on voyait une érosion d'un pouce de surface, de trois lignes de profondeur à gauche, de cinq ou six à droite. Par ces deux endroits, où la substance cérébrale était détruite, il s'était échappé près de quatre onces de sang, qui s'était répandu sur le corps calleux, sur les deux tiers antérieurs de chaque hémisphère, et dans les fosses antérieures de la base du crâne: il était noir et coagulé. Le reste du cerveau était parfaitement sain; les ventricules ne contenaient pas une goutte de sérosité. Le plexus choroïde gauche, *hydatidiforme*, remplissait presque toute la partie postérieure du ventricule de ce côté.

Il n'y a eu que le crâne d'ouvert.

Remarques. Le genre d'affection mentale de cette malade était trop différent de celui qu'a présenté la précédente, pour qu'il pût être produit par les mêmes causes, ou donner lieu aux mêmes phénomènes pathologiques. Je crois presque inutile d'en faire la remarque, et j'en viens aux changemens successifs, observés dans la coloration de la face. Au début de

la maladie, elle était très pâle. Peu d'heures après elle est devenue rouge, et elle a repris sa pâleur primitive quelque temps avant la mort. Nous avons déjà dit combien les inductions diagnostiques, tirées de l'inspection de cette partie, pouvaient être trompeuses; nous ne craignons pas de le répéter encore. Il n'en est pas tout-à-fait de même de l'irritabilité des pupilles. Chaque fois que j'ai été à portée d'en faire l'épreuve, je les ai constamment trouvées immobiles au moment d'une forte attaque.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Seconde attaque d'apoplexie. Épanchement de sang dans le corps strié droit, et l'hémisphère de ce côté.

Hubert (Vincent), âgé de cinquante-six ans, de Boulay (Seine-et-Oise) d'un tempérament sanguin-pléthorique, visage coloré, cheveux châtains, embonpoint considérable, col court, poitrine large, sans état, faisant habituellement des excès de vin, avait eu, dans le mois d'octobre 1808, une attaque d'apoplexie, à la suite de laquelle il avait conservé, pendant deux ou trois mois, une paralysie du bras gauche. Cet accident s'était dissipé peu à peu, et il n'en avait pas plutôt été guéri, qu'il était bien vite revenu à son régime de vie habituel.

Le 24 août 1811, dans la matinée, il perd tout à coup connaissance, tombe sur le côté droit, qui reste paralysé. (8 *grains de tartre stibié.*) Ils ne produisent aucun effet, et on le porte à la maison de Santé, dans la soirée. Alors, pouls fréquent, quatre-vingt-seize, nulle connaissance, respiration pénible, stertoreuse. (*Sangsues aux tempes, jul. éther.*)

Le 25, assoupissement profond, même état de la respiration et du pouls, visage couvert de sueur, déglutition difficile; pas de selle. (*Jul. éther.; orang.; vésicat. cuiss. et nuq.*)

Le 26, pouls cent vingt, respiration fréquente, un peu râlante, pupilles contractées immobiles, assoupissement des plus profonds, déglutition très-difficile; les urines coulent involontairement: pas de selle. (*Même prescription.*) La respiration s'embarrasse de plus en plus. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Face violette, livide, très-injectée.

Crâne. Grande quantité de sang dans les vaisseaux de la dure-mère et ceux de l'extérieur du cerveau. Il y en avait aussi quelque peu d'infiltré entre la pie-mère et l'arachnoïde, sur différens points de la surface du lobe antérieur droit et sur le cervelet. Le corps strié gauche, et une portion de l'hémisphère du même côté, étaient creusés par une large caverne, qui contenait près de trois onces de sang coagulé et encore un peu rougé. Cette caverne ne communiquait pas dans le ventricule; mais le sang qui la distendait avait refoulé le corps strié dans le ventricule, de telle sorte, que cette cavité avait, en quelque façon, disparu.

Dans le corps strié droit se trouvait une caverne, d'un pouce trois lignes de diamètre, arrondie, dont les parois lisses, polies et contiguës, semblaient tapissées par une membrane séreuse, contenaient environ un gros de sérosité citrine, et présentaient, dans l'épaisseur d'une ligne, une teinte jaune assez

foncée, et une fermeté plus grande que le reste de la substance cérébrale environnante.

Je n'ai ouvert que le crâne.

Remarques. Je n'ai pas noté dans cette observation d'altération de la substance cérébrale : je demeure cependant convaincu qu'elle existait malgré cela ; mais, peu prononcée, elle aura facilement échappé à mes recherches, qui alors n'étaient point dirigées dans l'intention de reconnaître cette disposition pathologique, et d'en vérifier la constante existence. Aussi, n'ai-je pas craint de rapporter ce fait, quoique paraissant peu propre, au premier abord, à appuyer ma manière de voir à cet égard. Il me sera encore moins défavorable, quand on fera attention que les parois de la caverne du corps strié droit, traces de la première attaque d'apoplexie, offraient, dans l'épaisseur d'une ligne, une altération de texture bien manifeste.

DIXIÈME OBSERVATION.

Deuxième attaque d'apoplexie : épanchement de sang dans l'hémisphère gauche du cerveau.

Mignon (Marie), âgée de soixante-treize ans, de Persan (Seine-et-Oise), d'un tempérament sanguin-nerveux, brune, un peu maigre, se plaignait déjà, depuis près de quatre ans, d'éprouver presque continuellement dans tout le côté gauche un sentiment de froid très-incommode, quelquefois accompagné de douleurs vagues, quand elle fut atteinte, il y a à peu près cinq ans, d'une fièvre continue, dont le caractère n'a pas bien été déterminé, et qui dura environ six semaines. Dans les douze ou quinze pre-

miers jours de sa convalescence, elle cessa tout à coup de voir de l'œil *gauche*, sans éprouver aucun accident tant soit peu marqué ; au moins, les personnes chargées de lui donner des soins n'en observèrent-elles pas alors. Depuis cette époque, elle n'avait jamais joui d'une santé bien vigoureuse, se plaignant presque habituellement du côté gauche. Malgré cela, elle continuait toujours de vaquer à ses occupations. Elle ne paraissait pas plus mal qu'à l'ordinaire, et n'avait éprouvé aucun accident, lorsque le 22 mai 1813, en se levant pour prendre une chaise, elle perd tout à coup connaissance, et, en tombant sur le côté droit, se meurtrit l'œil contre l'angle d'une commode.

Les jours suivans, la connaissance revient un peu avec la parole, et on s'aperçoit, dès le 23, que la malade est hémiplégique du côté droit : respiration toujours assez libre. (*Sang. temp.; pot. antispa.*) On la transporte à la maison de Santé le 26. Ce jour-là elle entend, mais ne peut parler ; persistance de l'hémiplégie, langue chargée, pouls peu fréquent, visage pâle. (*Tart. stib.* gr. ij.; *org.*) Plusieurs selles.

Le 27, un peu plus de connaissance, articule quelques mots le matin; langue blanchâtre. (*Jul. val. éther.; t. kk.*) Un peu de délire dans la nuit.

Le 28, laisse aller sous elle; moins de connaissance; paraît affaiblie. (*Même prescription.*) Nuit agitée.

Le 29, à peu près même état, pouls petit, faible. (*Même prescription.*) Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Maigreur assez prononcée.

Crâne. La dure-mère adhérait un peu au crâne, et contenait une médiocre quantité de sang dans ses vaisseaux. Il y en avait un peu d'infiltré entre l'arachnoïde et la pie-mère, à la partie postérieure et externe de l'hémisphère gauche, dans le centre duquel se trouvait une caverne ovalaire, de deux pouces et demi dans son grand diamètre, qui contenait trois ou quatre onces de sang noir et coagulé, et se continuait, par une espèce d'étranglement, avec une autre excavation arrondie, de six à huit lignes de diamètre, remplie de sang comme elle. Cette petite caverne communiquait, au moyen d'une déchirure arrondie, de deux ou trois lignes de diamètre, avec la partie postérieure du ventricule gauche, remplie par de la sérosité aussi rouge que du sang. Le ventricule droit contenait environ une once de sérosité beaucoup moins rouge.

Après avoir incisé ces cavités, pour les vider du sang dont elles étaient remplies, on voyait, en les plongeant dans l'eau, flotter à leur partie interne de nombreux lambeaux de substance cérébrale, disposés de manière à imiter grossièrement la *caillette* du bœuf. Ces lambeaux adhéraient à une couche épaisse de deux lignes, très-rouge, molle, et se laissant enlever facilement quand on passait dessus, le manche du scalpel. Elle était entourée par une autre couche jaune, presque aussi molle, d'une ligne et demie environ d'épaisseur dans toute la circonférence des cavités, excepté en avant, où elle avait un prolongement de cinq ou six lignes de longueur, de trois ou quatre de largeur. En dehors de la couche jaune, la substance du cerveau reprenait sa couleur ordinaire et était parfaitement saine.

A la partie antérieure et interne de chaque corps

strié, dans l'angle rentrant qu'ils forment avec la partie inférieure du corps calleux, quand il se recourbe, se trouvait une dépression alongée, de trois ou quatre lignes de large, de cinq ou six de long, d'une couleur jaune-marron. En incisant sur chacune d'elles, on pénétrait, de chaque côté, dans une petite cavité inégale qui contenait quelques gouttes de sérosité d'un jaune foncé. La cavité du côté *gauche* paraissait un peu plus grande que l'autre. Leurs parois, épaisses d'une ligne et demie, dures, coriaces, jaune-marron, avaient en dedans une épaisseur beaucoup moindre, et n'étaient formées que par l'arachnoïde des ventricules, et une très-légère couche de la substance du corps strié.

Il n'y a eu que le crâne d'ouvert.

Remarques. Quand un malade éprouve une seconde apoplexie, je veux dire une nouvelle hémorrhagie dans un endroit du cerveau différent de celui où la première avait eu lieu, elle ne survient guère qu'après son entier rétablissement, ou au moins après une amélioration considérable dans les symptômes, ce qui suppose un assez long espace de temps; aussi n'ai-je pas d'exemple à citer, où un pareil accident ait été observé, avant un an ou un terme beaucoup plus long, si l'on en excepte l'observation quatre-vingt-sixième, qui encore n'est pas une apoplexie, dans le sens que nous attachons à ce mot : il n'en est pas de même quand l'hémorrhagie se renouvelle dans son siége primitif. (Observ. II et III.) Toujours alors, on la voit revenir durant les premiers jours de la maladie, quinze jours ou trois semaines, tout au plus, après l'attaque. Nous avons été à même de vérifier cette observation un assez grand nombre de fois, pour ne croire rien hasarder, en la donnant comme constante.

La plus grande des cavités des corps striés se trouvait à gauche, et cependant c'était l'œil de ce côté qui avait été frappé de paralysie. L'entre-croisement bien démontré des nerfs optiques, à l'endroit où ils se réunissent (1), établirait-il, entre les différentes portions du cerveau et les yeux, un rapport inverse de celui qui existe pour les autres parties du corps, dans la transmission du sentiment? Un seul fait, quelque bien constaté qu'il soit, est, ce me semble, insuffisant pour résoudre cette importante question.

ONZIÈME OBSERVATION.

Apoplexie par épanchement de sang dans le corps strié gauche.

Fouasse (Maximilien), âgé de soixante-six ans, de Paris, garçon de bureau, d'un tempérament sanguin-nerveux, maigre, d'une constitution délicate, perd tout à coup connaissance, le 2 février 1810, en travaillant à allumer un poêle, et reste paralysé du côté droit. Les jours suivans, la connaissance revient un peu, et le malade fait des efforts pour parler. Le 5, il est transporté à la maison de Santé dans cet état; visage pâle, respiration assez libre, paraît entendre, effort inutile pour articuler, pouls peu fréquent, un peu dur; ventre resserré, hémiplégie du côté droit. (*Jul. éther.; orang.*)

Le 6, à peu près même état (*Jul. val. éther.; orang. vésicat. à la nuq.*); pas de selle.

---

(1) *Cours* de Cuvier, année 1807. — Magendie, *Précis élément. de physiol.*, tome 1er, p. 64.

Le 7, un peu plus de connaissance (*Jul. val. éther.; orang.; pil. aloét.* ij); pas de selle.

Les 8 et 9, les forces tombent un peu (*Même prescription*); ventre toujours resserré.

Le 10, dans la matinée, respiration gênée, râlante; pas de connaissance, pouls très-faible, visage cadavéreux. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Rien qui méritât d'être remarqué.

Crâne. La dure-mère très-adhérente se déchira en grande partie, en enlevant la voûte du crâne. La pie-mère de toute la face supérieure du cerveau était rouge et gorgée de sang; les ventricules contenaient quelques gouttes de sérosité; dans la partie inférieure et externe du corps strié gauche, se trouvait une espèce de poche caverneuse, remplie d'une once et demie environ de sang noirâtre, à demi coagulé. Le reste de la masse encéphalique n'offrait aucune altération.

Remarque. Cet apoplectique est le premier que j'ai ouvert. Il ne faut donc pas être surpris de voir, dans cette observation, la lésion du cerveau incomplétement décrite.

DOUZIÈME OBSERVATION.

Hémorrhagie dans le lobe antérieure de l'hémisphère gauche; anévrisme du cœur; inflammation de l'estomac (1).

« M... homme de peine, âgé de cinquante-cinq ans,

(1) Richarme, *Observations de médecine et de chirurgie: dissert. inaugurale,* août 1825, n° 157.

d'un tempéramentsanguin, fortement constitué, ayant assez d'embonpoint, le cou gros et court, avait été apporté à l'Hôtel-Dieu, dans la matinée du 10 novembre 1824, dans un état complet de perte de connaissance : immobilité, coucher en supination, perte de la parole et du mouvement, hémiplégie droite. Les membres gauches, quoique immobiles, étaient encore sensibles et contractiles; si l'on pinçait la peau ou qu'on voulût étendre l'avant-bras, le malade faisait des efforts pour le maintenir à l'état de demi-flexion. La respiration était stertoreuse, profonde, accélérée; le pouls fort, plein, dur et fréquent; le tronc ébranlé par les battemens du cœur et des artères; la face injectée, colorée, avec gonflement du cou; légère sueur, paupières à demi fermées, yeux fixes. La bouche étant fermée, les joues étaient très-légèrement soulevées à chaque expiration.

» A la visite de M. Ozanam, la femme du malade nous apprit qu'il s'adonnait habituellement au vin et aux liqueurs spiritueuses toutes les fois qu'il en avait les moyens; que, pendant les trois derniers jours, il était rentré à la maison entièrement ivre, et qu'enfin, au milieu de la nuit précédente, il avait perdu subitement connaissance; que cette attaque était la première qu'il eût jamais éprouvée.

» Le 11, une saignée de 28 onces faite hier, n'a produit d'autre effet que de rendre la respiration et la circulation plus libres et plus faciles; du reste, continuation des autres accidens; moiteur générale. (*Vésicat. jamb.; foment. froides sur la tête.*)

» La déglutition est impossible; la paralysie, l'assoupissement et l'état comateux persistent. Le malade succomba dans la nuit du 12 au 13, sans avoir éprouvé de mouvemens convulsifs. »

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Rien de remarquable.

« *Crâne.* Sang infiltré en caillots, dans toutes les anfractuosités, sous l'arachnoïde cérébrale, suivant le trajet des vaisseaux autour des deux hémisphères, surtout à leur base au-dessous du mésocéphale et entre les deux lobes du cervelet. Ce sang venait des ventricules du cerveau. Sa quantité fut évaluée à quatre onces.

» Dans l'épaisseur du lobe antérieur de l'hémisphère gauche, en dehors du corps strié et du ventricule latéral correspondant, existait un foyer assez grand pour contenir un petit œuf de poule, ayant des dimensions à peu près égales en tous sens, rempli, soit de sang liquide noirâtre, soit de caillots fibrineux de la même couleur, entremêlés d'une substance molle blanche, qui paraissait avoir de l'analogie avec le parenchyme cérébral.

» Ce foyer était tapissé intérieurement par une multitude innombrable de petits points de sang noir. Ses parois, examinées de dedans en dehors, présentent, 1° une première couche cendrée, rosée, ramollie, diffluente; 2° une couche plus épaisse, de consistance naturelle, d'une couleur jaunâtre, avec des stries sanguines, et enfin la couleur ordinaire. Une multitude d'autres foyers sanguins, plus petits, creusés dans les parois du foyer principal, et communiquant avec lui, avaient la même disposition. Le foyer s'était largement rompu dans le ventricule latéral gauche par sa paroi interne, au-dessous et au niveau du corps strié, qui était lui-même déchiré supérieurement et en dehors. Ce ventricule était rempli d'une

grande quantité de sang liquide, dans lequel nageaient quelques caillots; le *septum lucidum* rompu, la voûte à trois piliers soulevée par l'épanchement, les ventricules droit, moyen et du cervelet, remplis de sang liquide. Le reste de la masse encéphalique assez consistant, injecté, présentait, dans d'autres points, des traces d'ecchymoses ou d'efforts hémorrhagiques avortés, de petits épanchemens sanguins.

» *Poitrine.* Les poumons étaient volumineux et sains, le cœur avait un volume et une épaisseur presque doubles de l'état ordinaire.

» *Abdomen.* La muqueuse de l'estomac épaissie, rouge, comme bourgeonnée dans toute son étendue; les vaisseaux capillaires sanguins fortement arborisés; les veines sous-muqueuses apparentes et gonflées; le foie volumineux, rougeâtre, gorgé de sang; la muqueuse de l'iléon sans épaississement, seulement injectée. Tous les autres organes étaient dans l'état naturel. »

Remarques. Deux choses dans cette observation nous semblent surtout dignes d'attirer l'attention, savoir : l'altération de la substance cérébrale formant les parois du foyer hémorrhagique, et l'inflammation bourgeonnée de la membrane muqueuse de l'estomac.

Le premier genre de lésion est fort exactement décrit : cela me dispense d'insister sur ses caractères anatomiques. Je dirai seulement qu'il occupait une trop grande épaisseur de la substance cérébrale, pour qu'au lieu de voir en lui le résultat d'une maladie d'à peine trois jours de durée, on ne doive pas plutôt le considérer comme l'ayant précédée ou déterminée. Quant à l'affection de l'estomac, bien qu'elle fût assez intense, la santé du malade n'en avait pour-

tant été aucunement dérangée, ainsi qu'on le voit fréquemment chez les sujets vigoureux adonnés aux excès de vin, comme j'en ai fourni ailleurs un exemple remarquable (1). Beaucoup d'entre eux, en effet, restent insensibles à des lésions qui, chez d'autres individus, produiraient des accidens très-graves. Par conséquent, je ne pense guère que, dans le cas actuel, on puisse considérer l'affection de l'estomac comme ayant beaucoup contribué à déterminer l'hémorrhagie cérébrale. Je n'en dirai pas tout-à-fait autant de la disposition anévrismatique du cœur, que nous a présentée ce sujet. Toutefois, nous verrons, en traitant des causes de l'apoplexie (2), qu'on a, sans contredit, singulièrement exagéré l'influence que le cœur exerce sur la production de cette maladie.

TREIZIÈME OBSERVATION.

Apoplexie. Hémorrhagie entre la dure-mère et le crâne; et dans la partie postérieure de l'hémisphère gauche du cerveau.

M. Empetaz, négociant prussien, âgé de cinquante-neuf ans, d'un tempérament sanguin, extrêmement replet, gros mangeur, et menant une vie très-sédentaire, habitait déjà la Guadeloupe depuis deux ans et demi, lorsque, vers la fin de juin 1816, il eut pour première maladie une fièvre d'accès assez grave, qui céda aux moyens de traitemens ordinaires, c'est-à-dire, aux évacuans, aux vésicatoires et au quin-

(1) J. A. Rochoux, *Recherches sur les différentes maladies qu'on appelle fièvre jaune*, p. 224.

(2) Voyez chapitre IV de ces *Recherches*, section. 1. art. 2.

quina. Sa convalescence fut longue et pénible. Depuis, il éprouva, à diverses reprises, des étourdissemens plus ou moins forts. Le 23 novembre, il en eut un qui le fit tomber sans connaissance dans la rue. (*Saign.; tart. stib., puis purgation.*) La santé se rétablit assez promptement. On prescrivit ensuite au malade de faire de l'exercice et d'observer un régime diététique peu nourrissant.

Il ne lui était rien arrivé d'extraordinaire, lorsque, le 10 mars 1817, il perdit tout à coup connaissance après son dîner. Dans cet état, vomissement des alimens qui venaient d'être pris. Plus tard, la perte de connaissance, ou mieux, l'assoupissement qui l'avait suivie alterne avec un délire qui ne permet à M. Empetaz de reconnaître que par intervalles les personnes dont il est entouré. Ses yeux sont fixes et immobiles; il a encore des envies de vomir, et se plaint de très-fortes douleurs de tête. (*Saign. de trois palettes; tart. stib; inf. til.; lav. purg.; vésicat. nuq.*) Dans la nuit, deux attaques de mouvemens convulsifs, durant lesquels le sang sort abondamment par l'ouverture de la saignée; assoupissement le reste du temps.

Le 11, nulle amélioration. Vomissement de matières glaireuses; plusieurs selles noires et fétides. (*Sinap. pieds, vésicat. bras et jamb.; pot. émét.*) L'assoupissement augmente et persiste toute la journée.

Le 12, les vésicatoires d'hier n'ont pas pris. Respiration stertoreuse, sorte de carus, qui n'empêche cependant pas de constater une hémiplégie du côté droit. (*Eau émét.; lav. purg.*) Les accidens vont progressivement en augmentant d'intensité; il survient de nouvelles convulsions, et le malade expire à trois heures de l'après-midi.

Ouverture du cadavre, faite avec mon ami, le docteur Chervin, en présence de M. Labarbe, qui avait soigné le malade et recueilli les détails que l'on vient de lire.

Habitude extérieure. Face modérément colorée, un peu gonflée.

Crâne. Les vaisseaux du péricrâne étaient considérablement injectés. La dure-mère adhérait intimement à la voûte du crâne, excepté tout-à-fait au sommet de cette enveloppe. Là, elle s'en trouvait détachée sur une surface arrondie d'environ trois ou quatre pouces. L'espace résultant de ce décollement était rempli par environ deux onces de sang brunâtre liquide, qui avait communiqué sa couleur à la dure-mère partout où il était en contact avec elle. Les vaisseaux de la pie-mère, ceux de la substance propre de l'encéphale, étaient fortement injectés de sang. Dans la partie postérieure de l'hémisphère gauche du cerveau nous découvrîmes un épanchement de près de trois onces de sang noirâtre, en caillots assez fermes, contenu dans une espèce de caverne anfractueuse, dont les parois, fortement teintes en rouge à l'intérieur, étaient molles, pulpeuses, et ne présentaient la couleur jaune du ramollissement que dans une petite épaisseur. Au-delà, la substance nerveuse reprenait sa couleur naturelle. Les autres parties de l'encéphale étaient parfaitement saines.

Il n'y a eu que le crâne d'ouvert.

Remarques. Le peu d'altération qu'ont paru présenter les parois de la caverne hémorrhagique tient sans doute à ce que la lumière des bougies n'a pas permis de distinguer, dans l'épaisseur de ces parois, des nuances de couleur qu'il eût été facile de reconnaître, si l'ouverture du cadavre eût été faite le jour.

Les doses répétées d'émétique prodiguées à M. Empetaz lui ont sans doute été nuisibles ; mais son mal était si grave, qu'un traitement mieux entendu ne l'eût point empêché d'avoir une terminaison funeste. Qu'il suffise de cette remarque pour me permettre de passer à l'examen d'un symptôme très-rare et presque insolite dans l'apoplexie simple, je veux dire les convulsions dont notre malade a été atteint à diverses reprises, notamment peu d'heures avant sa mort.

Dans le temps où l'on croyait la dure-mère douée d'une sensibilité exquise, on n'eût pas manqué de les attribuer au tiraillement qu'a dû lui faire éprouver l'épanchement de sang qui existait entre elle et la voûte du crâne. On eût sans doute aussi invoqué à l'appui de cette explication les expériences de Molinelli, qui prétend avoir constamment réussi à déterminer de violens mouvemens convulsifs sur les chiens, chaque fois qu'après leur avoir perforé le crâne avec une couronne de trépan, il détachait ensuite la dure-mère, en l'enfonçant avec force vers le cerveau (1). Mais les expériences nombre de fois répétées des modernes prouvent que la dure-mère ne possède, en aucune manière, la sensibilité qu'on lui attribuait autrefois. Cependant il ne faut pas oublier que l'état pathologique apporte dans l'exercice des fonctions, et dans les rapports qui unissent les organes entre eux, des changemens qui mettent en défaut les conséquences auxquelles les expériences des physiologistes semblent devoir rigoureusement conduire. Cela étant, ne pourrait-on pas considérer l'épanchement qui avait décollé la dure-mère comme

(1) *Bonon. Scient. acad. comm.* tome I. *Ubi anatomica.*

la principale cause des convulsions dont M. Empetaz a été si cruellement tourmenté ? Je suis d'autant plus disposé à penser ainsi, que nous verrons, dans la quatre-vingt-sixième observation de cet ouvrage, des convulsions violentes et prolongées coïncider avec un épanchement de sang semblable à celui qui vient de nous occuper.

QUATORZIÈME OBSERVATION.

Épanchement de sang dans les quatre ventricules, avec déchirure de la paroi inférieure des ventricules latéraux (1).

« Reiter (Jean-Jacob), âgé d'environ quarante-cinq ans, homme de beaucoup d'esprit et d'une famille honnête, d'une constitution grêle et délicate, ayant les cheveux blonds et crépus, avait étudié les lettres dans sa jeunesse, et aurait joui d'une honnête et tranquille aisance, si les calamités qui affligèrent l'Allemagne ne s'y fussent opposées. Il eut beaucoup à souffrir, surtout de la faim, durant l'année 1634, et fut contraint alors, de se nourrir d'alimens répugnans et malsains. Après avoir couru beaucoup de dangers et éprouvé de nombreux malheurs, il vint à Rheinovium, où il se mit maître d'école. Il eut le bonheur de plaire au Rév. et Ampl. Seign. Bernard de Freibourg, prieur du monastère de ce lieu, homme dont je ne saurais assez répéter les louanges, qui l'y fit entrer, et le chargea de la place de camérier, dont il s'acquitta avec beaucoup d'exactitude pendant quelques années.

» Pendant le temps que je l'ai connu, il mangeait avec modération, buvait à la vérité un peu

(1) *Joh. Jac. Wepferi Historiæ apoplecticorum*, etc. p. 1 et suiv.

plus, mais jamais avec excès. Porté à la colère, il n'aimait pas les disputes, et évitait de les faire naître. Durant le temps qu'il passa dans le couvent, il eut quelques accès de goutte, et rien alors ne le mécontentait davantage que d'entendre appeler sa maladie de ce nom. Les premiers attaquèrent les pieds, les suivans n'épargnèrent aucune articulation. Depuis plus de vingt-trois mois, il n'en avait point éprouvé, soit que des médicamens pris en cachette en fussent la cause, soit que son organisme affaibli ne conservât plus assez de vigueur pour porter sur les articulations, comme sur les parties moins importantes, la cause de la maladie. Dans cet intervalle de temps, il éprouva une toux fatigante qui faisait craindre une phthisie dépendante de la suppression de la goutte; mais des remèdes appropriés la dissipèrent, et il jouit presque jusqu'à la fin de l'année d'une santé qui n'était dérangée que par une hernie ombilicale, produite par les efforts qu'il avait faits en toussant.

» Le 7 novembre 1655, cinquième jour de la pleine lune, il avait paru, à tout le monde, aussi bien portant qu'à son ordinaire; et, après avoir servi la messe du prieur, il s'était retiré dans sa cellule, lorsqu'un des domestiques qui allait vers lui le trouve étendu à terre, insensible aux cris et aux plus fortes secousses, immobile comme un tronc d'arbre. On accourt, on lui fait avaler des eaux anti-apoplectiques; on essaye tout ce qui se trouve sous la main. J'arrivai deux heures après cet accident, et je le trouvai privé de tout sentiment et de tout mouvement *animal*, excepté la respiration, qui seule m'empêcha de le croire tombé en syncope, tant la face et les extrémités étaient pâles et froides au toucher.

» Le pouls, d'abord grand, fort et fréquent, devint bientôt petit, faible et plus fréquent encore. La respiration, déjà pénible, ne tarda pas à être inégale et comme prête à cesser. Je n'omis aucun des remèdes employés, si ce n'est que, dans un état aussi grand de faiblesse, je n'osai pas recourir à la saignée. A dix heures, il éprouva quelques secousses convulsives, et rendit par la bouche des crachats glaireux, blancs, nullement sanguinolens. Les forces diminuaient graduellement; les extrémités devenaient de plus en plus froides; enfin il mourut à une heure de l'après-midi. Au moment de son attaque, il avait rendu abondamment des matières excrémentitielles noires; ce que j'attribuai au vin chalibé dont il avait coutume, d'après le conseil de je ne sais quel empirique, et dans je ne sais quelle intention, de prendre un verre matin et soir.

» Avec la permission du rév. seign. prieur, j'ouvris la tête. Après avoir enlevé le crâne et incisé la dure-mère, il sortit de l'intervalle compris entre cette membrane et la pie-mère, une abondante quantité de sang qui occupait non-seulement la base du crâne, mais s'étendait encore à la partie antérieure et postérieure du cerveau, jusqu'à son sommet, et s'insinuait dans presque toutes les anfractuosités. En ouvrant les ventricules, je les trouvai remplis de sang, même le quatrième. Les ventricules latéraux étaient déchirés à leurs bases, *comme si cet effet eût été produit par la trop grande accumulation de sang*. Autant que j'ai pu l'évaluer, la quantité de sang épanché était de plus de deux livres. Après avoir enlevé les caillots qui recouvraient le cerveau, je n'ai pu découvrir la moindre rupture au-dessous, pas même la rupture d'une veine. Il est, du reste, cer-

tain, qu'aucun coup, qu'aucune chute, aucune violence extérieure, n'avaient pu donner lieu à un tel épanchement, car le cuir chevelu, après qu'il eût été rasé, n'offrit pas la trace de la plus légère contusion.»

Remarques. Autant que l'on peut pénétrer la pensée de Wepfer, on voit qu'il regarde la *lacération* des ventricules latéraux comme un effet de l'hémorrhagie, qui, dans ce cas, serait une véritable exhalation. Il me semble bien plus convenable de regarder cette rupture comme le lieu par où se sera d'abord épanché le sang qui, après avoir rempli les ventricules, se sera fait jour au-dessous de la voûte à trois piliers et du corps calleux, et peut-être par la partie postérieure du quatrième ventricule, et aura ainsi rempli la base du crâne, puis successivement recouvert toute la face extérieure du cerveau.

QUINZIÈME OBSERVATION.

Apoplexie par déchirure de la partie inférieure du ventricule droit (1).

«L'autre observation a été recueillie sur un homme qui mourut, en peu d'heures, d'une apoplexie accompagnée de la paralysie de tout le côté gauche du corps. Après sa mort, il sortit par la bouche, du sang qui s'était introduit dans cette cavité par la trompe d'Eustache. Je trouvai aussi, dans l'un et l'autre ventricule, du sang épanché, en petite quantité dans le gauche, mais en beaucoup plus grande quantité dans le

(1) Valsalva, *Tract. de aur. human.*, cap. II, p. 12.

droit. De plus, le ventricule gauche était parfaitement sain, tandis que la partie inférieure du ventricule droit présentait une déchirure profonde, en forme de caverne. »

SEIZIÈME OBSERVATION.

Apoplexie; épanchement de sang dans le ventricule droit, avec déchirure des parois de cette cavité (1).

« Antoine-François de Sanvital, cardinal S. R. E., d'une taille médiocre, ayant le visage coloré et un embonpoint remarquable, occupé de soins importans, et sujet à la goutte, éprouvait depuis quelques années un peu d'irritation à la gorge en crachant, et, par intervalles, des mouvemens convulsifs de la face et des mains. Dans la cinquante-cinquième année de son âge, tandis qu'il habitait déjà depuis deux mois un pays montueux et exposé aux vents du midi, région qu'il avait appris, par expérience, être nuisible à sa santé, il éprouva, vers le solstice d'été de l'an 1713, beaucoup de chagrins et de grandes inquiétudes : il eut alors des vertiges. Quoique débarrassé ensuite de ce symptôme, il conservait un fonds de tristesse habituelle, et de la tendance à l'assoupissement. Au bout d'une vingtaine de jours, les vertiges revinrent, et s'accompagnèrent de vomissemens. Ces accidens cédèrent en peu de temps, et, après eux, une douleur de tête assez forte, qui les avait remplacés. Trois jours après, précisément à la

(1) Morgagni, *de sed. et caus.*, *Epist. medic.* 11, art. 2.

même heure qu'il avait éprouvé les vertiges, il perdit tout à coup le sentiment et le mouvement dans toute la partie gauche du corps, et resta plongé dans un assoupissement profond. La respiration était naturelle, le pouls grand, fort et fréquent, et quoiqu'on eût irrité en vain le côté gauche, il fut un peu tiré de cet assoupissement par divers médicamens irritans, portés sur la plante du pied droit et dans les narines, en sorte qu'il fit connaître par signes qu'il entendait, et put ensuite prononcer quelques mots assez suivis. Ces irritations, continuées plus long-temps, ont encore un succès plus marqué, surtout après l'emploi des saignées. Le septième jour de son attaque, on lui ouvrit la jugulaire, d'après le conseil de Valsalva, et quatre heures après cette opération il recouvra complétement la connaissance et l'usage de la parole, pendant plus d'une heure. Cette espèce de réveil eut encore lieu d'une manière plus manifeste, et pendant un temps plus long, la nuit suivante; mais ce fut pour la dernière fois. Ensuite le malade déclina peu à peu. Il éprouva, par intervalles, des mouvemens convulsifs du côté droit, surtout dans la main et le pied, et, outre cela, dans toute la face, principalement dans les yeux; peut-être même le cœur participa-t-il à cette affection, car, pendant sa durée, les mouvemens du pouls étaient tout-à-fait imperceptibles. Il mourut enfin dans un accès de convulsion, le dixième jour de sa maladie.

» Les organes du ventre et de la poitrine n'offraient aucune altération. Le cerveau était très-mou. Le ventricule gauche contenait une médiocre quantité de sérosité; le droit, dont le plexus choroïde était déchiré, contenait plus de deux onces de sang coagulé. Ses parois, à leur partie postérieure et externe, pré-

sentaient une érosion, telle qu'aurait pu la produire un ulcère profond. »

§ II. Apoplexies de la protubérance annulaire.

DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

Première attaque : épanchement dans le corps strié gauche. Seconde attaque : caillot de sang étendu de la couche optique gauche à la protubérance annulaire; complication d'épanchement séreux dans les ventricules latéraux.

Devers (Jean-Baptiste), âgé de soixante-dix-sept ans, d'un tempérament bilieux-sanguin, d'un embonpoint ordinaire, avait joui toute sa vie d'une assez bonne santé, lorsqu'il y a à peu près un an il éprouva une perte complète de connaissance, précédée d'un fort étourdissement. Il resta deux jours avant de revenir entièrement à lui; puis se rétablit peu à peu, ne conservant d'autre accident de son attaque, qu'une gêne permanente et assez remarquable dans la respiration. A cela près, il jouissait d'une bonne santé, avait repris complétement ses forces, présentant un teint frais et vermeil pour son âge.

Le 3 décembre 1813, au moment où l'on venait de lui faire la barbe, Devers tombe tout-à-coup sans connaissance. La journée du 4 se passe sans aucune espèce de changement dans son état. Conduit le 5 à la Maison de Santé, il présente les symptômes suivans : assoupissement profond, flaccidité des membres, visage pâle, pupilles immobiles, contractées; respiration médiocrement gênée, pouls fréquent, un peu dur; il ne peut articuler un seul mot, paraît même ne pas

entendre, et par intervalles *fume la pipe*. (8 *sang. temp.; orang.; jul. éther.*)

Le 6, persistance des symptômes : le malade est plus faible; la respiration devient gênée. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Rien de remarquable.

Crâne. La dure-mère était fortement adhérente au crâne. Ses vaisseaux, de même que ceux du cerveau, contenaient une médiocre quantité de sang, vers le haut de la tête. Il y avait environ trois onces de sérosité dans les ventricules latéraux.

A la partie antérieure et interne du corps strié gauche, se trouvait une petite cavité de cinq à six lignes de long, de trois à quatre en largeur, qui contenait un peu de liquide ichoreux. Sa paroi interne, épaisse d'environ un quart de ligne, était affaissée vers la paroi opposée, de manière à présenter une dépression très-sensible, du côté du ventricule. Dans la moitié gauche de la protubérance annulaire et dans toute la longueur de son prolongement antérieur, jusque dans la couche optique, régnait une cavité inégale, alongée, remplie par un caillot de sang noir, pesant à peine une once. Les parois de cette cavité étaient ramollies, un peu rougeâtres, et comme macérées, dans l'épaisseur d'une demi-ligne tout au plus. Elles étaient si minces, à sa partie inférieure, qu'elles se déchirèrent par le seul effort fait pour soulever le cerveau de dessus la base du crâne. De ce côté, les vaisseaux de cet organe et ceux de ses membranes renfermaient une très-grande quantité de sang.

Poitrine et abdomen. Les organes de ces deux

cavités n'offraient aucune altération digne d'être signalée.

Remarques. L'épanchement de sérosité contenue dans les ventricules du cerveau date-t-il de la première attaque d'apoplexie, ou bien s'est-il seulement opéré pendant la seconde?

On devrait, sans hésiter, rejeter la première supposition, si, comme il le paraîtrait d'après le récit de ses parens, Devers avait joui d'une santé vraiment bonne, surtout pendant la dernière partie du temps qui a précédé la seconde attaque. Mais ne sait-on pas que, parmi une certaine classe d'hommes, on est toujours censé bien portant dès qu'on ne garde pas le lit et qu'on mange bien? N'a-t-il pas été dit, en outre, que, malgré son rétablissement complet en apparence, ce malade conservait une gêne remarquable dans la respiration? D'après cela, il y aurait peut-être de la témérité à assurer que l'origine de l'épanchement séreux ne remonte pas à une époque assez reculée. Si néanmoins on veut le regarder comme n'ayant eu lieu qu'avec la dernière maladie, ce sera un exemple curieux et très-rare d'épanchement aigu de sérosité, survenu dès les premiers jours d'une apoplexie. Dans tous les cas, il a dû contribuer, par son abondance, à hâter la mort. Disons cependant aussi, que la promptitude de ce funeste résultat reconnaît en grande partie pour cause, le siége particulier de l'hémorrhagie. En effet, des épanchemens de sang plus considérable que celui dont notre malade a été victime, mais situés dans toute autre partie que la protubérance annulaire, non-seulement sont beaucoup plus lents à produire la mort; mais peuvent encore très-bien être suivis de guérison.

DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

Apoplexie ; épanchement de sang dans le côté droit de la protubérance annulaire (1).

« Blavignère (François), commissionnaire, âgé de soixante-neuf ans, infirme à l'hôpital de la Pitié, fut pris, dans la matinée du 28 avril 1816, de tournoiemens de tête, suivis de chute sur la partie postérieure de la tête, et non sur le côté. Une heure après l'accident, je trouvai le malade couché sur le dos, ayant la face rouge, tuméfiée, les veines cervicales très-gonflées, et exécutant à chaque inspiration, le mouvement que l'on appelle *fumer la pipe*. Les yeux étaient fermés, les pupilles dilatées également, la bouche béante, la respiration très-lente, l'expiration très-longue et très-courte; le pouls était dur, vibrant et très-fréquent : de loin en loin le malade était agité d'un mouvement général et comme convulsif; sensibilité obtuse des deux côtés. (*Saign. jugul.; pédil. sinap.; lav. purg.*) Rémission après la saignée, sensibilité plus développée, mouvemens légers des lèvres, mais hors de l'influence de la volonté; évacuation abondante.

» La nuit, le malade fit une chute de son lit. A deux heures du matin, je le trouvai immobile, la face violette, gonflée; les veines tuméfiées, l'œil terne et la pupille très-dilatée, la respiration stertoreuse, entrecoupée, très-rare; le pouls très-fréquent, mais

(1) Serres, *Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux*, etc., p. 356.

concentré et petit. Quels excitans qu'on portât sur les jambes, les cuisses ou les bras, ces membres restaient sans mouvement, et paraissaient également privés du sentiment, froid du corps et des extrémités. (*Larges sinap. cuiss.*) Mort à cinq heures, vingt-cinq heures après l'invasion.»

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Rien d'indiqué.

« ***Crâne.*** Le crâne ouvert, nous aperçûmes d'abord un épanchement de sang dans les fosses occipitales, et bientôt après le mésocéphale (protubérance annulaire) déchiré, à la partie latérale droite, et un peu en avant. L'ouverture était inégale, présentait des bords déchirés et en lambeaux ; le foyer, qui aurait contenu un petit œuf, avait des parois très-minces, et présentait dans son intérieur une multitude de capillaires bouchés par une molécule de sang noir. Je fis remarquer aux élèves que les premières couches qui environnaient cette lame interne du foyer étaient *d'un jaune verdâtre*, semblable à la couleur que contracte la peau à la suite des morsures de sangsues.

» ***Poitrine.*** Les poumons étaient emphysémateux, leurs cellules distendues par l'air; certaines parties ressemblaient aux poumons vésiculeux des grenouilles et des reptiles.

» ***Abdomen.*** L'estomac était sain, ainsi que les intestins grêles; les gros intestins étaient phlogosés, mais sans ulcération. »

Remarques. L'emphysème des poumons, maladie chronique de sa nature (1), était sans doute la cause

(1) Laennec, *Traité de l'auscultation médiate*, t. 1er, p. 278, 3e éd.

principale qui avait fait garder à la Pitié, comme *infirme*, le commissionnaire Blavignère. Peut-être éprouvait-il aussi, du côté des voies digestives, des accidens que l'état inflammatoire des gros intestins semble de nature à avoir déterminés. Mais puisque l'observation se tait sur tout cela, je n'essayerai pas de suppléer à son silence par des conjectures, d'autant plus que les lésions précédemment mentionnées semblent n'avoir aucun rapport direct avec la maladie principale, l'hémorrhagie de la protubérance annulaire. Dès-lors, j'aurai suffisamment indiqué ce qui la concerne, sous le rapport de l'anatomie pathologique, si je rappelle que les parois du foyer apoplectique étaient dégénérées, ramollies dans une épaisseur assez considérable, quoique la maladie n'eût duré que vingt-cinq heures. J'en prendrai occasion de dire, qu'en général, la désorganisation des parois est moins prononcée dans les foyers situés dans la protubérance annulaire, que dans ceux qui occupent d'autres parties de l'encéphale; ce qui tient probablement, à des conditions de structure anatomique.

DIX-NEUVIÈME OBSERVATION.

Apoplexie; hémorrhagie dans le centre de la protubérance annulaire (1).

«M. D..., de taille moyenne, tête grosse, col court, épaules larges, ventre volumineux, membres bien musclés, étant à travailler en plein air, le 23 mars 1823, se plaint tout à coup d'un bourdonnement

(1) Ollivier, *Traité de la moelle épinière*, etc., p. 519 et suiv.

d'oreilles. Quelques instans après, une douleur vive lui arrache des cris : il se lève, se met à courir, comme pour échapper au danger qui le menace. Après avoir parcouru une petite distance, il tombe, et présente les symptômes suivans :

»Perte complète de connaissance, face pâle, immobilité de la pupille, qui n'est pas dilatée, et offre le même diamètre des deux côtés; paupières d'abord demi-fermées, et ensuite complétement rapprochées (la paupière supérieure du côté droit s'était abaissée un peu plus tard que la gauche); immobilité du globe de l'œil, bouche entr'ouverte, langue recouverte de sang artériel, et poussée parfois entre les arcades dentaires, mais sans déviation de sa pointe; lèvres recouvertes de salive écumeuse, pas de torsion bien appréciable de la bouche.

» Mouvemens respiratoires fréquens, irréguliers, accompagnés par moment de *stertor*, et presque continuellement d'un bruit semblable à celui qui est fréquent dans les attaques d'épilepsie. Les ailes du nez se contractent convulsivement avec les muscles de la respiration. Deux fois il y a éternuement violent, pendant lequel le malade, qui était couché sur le dos, s'est courbé en avant.

» Les membres sont dans un état de roideur qu'on peut surmonter assez facilement. Cette contraction, d'ailleurs, n'est pas entièrement permanente; elle cesse pendant quelques instans, et alors les membres sont assez souples, surtout le bras du côté droit : la contraction se manifestait ensuite assez brusquement et durait quelque temps. En résumé, ces contractions semblaient tenir le milieu entre les convulsions cloniques et les convulsions toniques, quoiqu'elles se rapprochassent peut-être de ces dernières. La con-

traction des muscles du cou n'était pas assez énergique pour empêcher que la tête, obéissant aux lois de la pesanteur, ne se portât à droite, à gauche, en avant ou en arrière, suivant la position qu'on donnait au malade.

» Quant à la sensibilité, il fut difficile de déterminer si elle était ou non abolie : on observa un mouvement convulsif au bras droit au moment où l'on pinça la peau de ce membre, et un mouvement semblable au moment où l'on incisa les tégumens en pratiquant une saignée. Ces mouvemens étaient-ils dus à la douleur éprouvée par le malade? Quelques contractions du bras droit, pendant la saignée, augmentèrent manifestement la force et la grosseur du jet de sang.

» En considérant les contractions presque convulsives des membres, pendant lesquelles les bras étaient contournés dans la rotation en dedans, et les pouces fortement fléchis, l'écume qui recouvrait la bouche, dont les lèvres n'étaient point déviées, on aurait pu croire à une attaque d'épilepsie; mais ce malade n'avait jamais présenté aucun symptôme de cette maladie.

» Il succomba cinq heures après l'invasion des premiers accidens, et ne fut pas observé pendant les deux dernières heures. »

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Rien d'indiqué dans l'observation.

« *Crâne.* A l'examen du cadavre, on trouva la protubérance cérébrale changée en une poche remplie de sang en partie coagulé, et mêlé à quelques débris

de la substance nerveuse ramollie. Cet épanchement s'était fait jour latéralement, par une petite ouverture; mais la rupture principale existait dans le quatrième ventricule, dont le plancher, divisé transversalement, avait donné issue au sang qui distendait les parois de ce ventricule.

» Il n'y a eu que le crâne d'ouvert. »

Remarques. L'observation ci-dessus emploie bien des mots pour dire qu'un malade, dans un état de perte complète de connaissance, et ne conservant qu'une sensibilité fort obscure, avait la respiration irrégulière, fréquente et stertoreuse, la face pâle, la bouche écumeuse, le globe des yeux et les pupilles immobiles, les membres dans un état de rigidité comme tétanique, facile cependant à surmonter, et cessant de lui-même par intervalles; enfin, les muscles du col *à peu près paralysés*.

Si ces symptômes eussent été réunis en peu de lignes, comme je viens de les présenter, leur rapprochement n'eût point permis de dire que le malade qui les éprouvait aurait pu être pris pour un épileptique, puisqu'à part l'écume de la bouche, rien dans son cas ne ressemblait à une attaque d'épilepsie. En effet, lors même que la paralysie des muscles du cou n'eût pas levé toute incertitude de diagnostic, la faible rigidité des membres n'aurait en aucune manière pu être comparée aux énergiques convulsions des épileptiques.

Cette rigidité équivoque, qui annonçait si positivement une maladie différente de l'épilepsie, n'en était pas moins incapable de faire connaître son siége précis; car nous avons vu (observ. XVII, p. 53) l'hémorrhagie de la protubérance annulaire ne pas pro-

duire de convulsions (1), tandis qu'elles se sont montrées dans l'hémorrhagie du cerveau (obs. v, p. 22, obs. XIII, p. 44, et obs. XVI, p. 52). Et fallut-il, avec M. Ollivier, les attribuer à l'irritation que le sang, au moment où il s'épanche, produit sur les fibres nerveuses déchirées (2), il n'en resterait pas moins certain que ce signe, ni aucun autre jusqu'à présent connu, n'annonce l'hémorrhagie de la protubérance annulaire. La gravité des accidens, considérés dans leur ensemble, n'éclaire pas davantage la question, puisqu'ils sont quelquefois portés au plus haut degré possible d'intensité dans l'hémorrhagie du cerveau, et, par opposé, assez modérés dans celle du mésocéphale, qu'il arrive, quoique rarement à la vérité, de trouver légère et susceptible de guérison, comme des faits récemment observés le démontrent; la cicatrisation du foyer apoplectique s'opérant alors, de la même manière que pour toute autre partie de l'encéphale (3). Ainsi, en admettant que des degrés, des nuances, dans l'intensité des symptômes, puissent faire soupçonner l'hémorrhagie de la protubérance annulaire, on ne saurait les regarder comme fournissant la preuve rigoureuse de son existence.

---

(1) Tout récemment M. Martin a vu un fait semblable au nôtre. *Compte rendu des travaux de la Société anatomique*, p. 11 et 12.

(2) *Traité de la moelle épinière*, etc. p. 522.

(3) Serres, *Annuaire médico-chirurgical*, etc., p. 352 — Sci. Pinel., *Journal de physiol.*, octobre 1825. — Cruveilhier, *Nouv. bib. méd.*, novembre 1825, p. 715.

§ III. Apoplexies du cervelet.

VINGTIÈME OBSERVATION.

Apoplexie; hémorrhagie dans chaque lobe du cervelet (1).

« Un homme d'une soixantaine d'années, sujet à des vertiges qui lui faisaient quelquefois perdre connaissance, ne s'en livrait pas moins à de fréquens excès de vin généreux. Un jour qu'il n'avait rien éprouvé d'extraordinaire, si ce n'est un peu de rougeur des joues après son dîner, on le trouva étendu sur le carreau, les membres supérieurs très-contractés, tout souillé de matières fécales qu'il avait rendues, sans doute au moment de sa mort.

» Le crâne étant enlevé, il sortit par l'incision de la dure-mère, un peu de sérosité limpide qui se trouvait épanchée entre cette membrane et la pie-mère. Cette dernière, un peu pâle, contenait dans les interstices de ses vaisseaux, de la sérosité qui ressemblait à une gelée. Les glandes des plexus choroïdes étaient gonflées, au point d'égaler le volume de grosses lentilles. Le ventricule latéral droit contenait deux grumeaux de sang. Dans chaque lobe du cervelet, principalement dans le gauche, qui en contenait près d'une once, se trouvait du sang concret qui avait assez l'air d'un *polype*. La portion du cervelet qui entourait ces concrétions était profondément altérée dans sa texture, et comme putréfiée. »

---

(1) Morgagni, *de sed. et caus.*, etc. Epist. II, n° 22.

Remarques. Dans la plupart des cas où l'on a observé l'apoplexie du cervelet, on l'a presque toujours vue causer la mort, et en outre, la déterminer très-promptement (1).

La répétition habituelle de ce fait semblerait indiquer que, quelles que soient d'ailleurs ses autres fonctions, le cervelet en remplit de plus étroitement liées que celles du cerveau avec l'entretien de la vie.

Sans prétendre en aucune manière soutenir l'opinion opposée, je dois pourtant faire remarquer que pour apprécier l'influence d'un organe, d'après ses lésions, il est indispensable d'estimer leur étendue, par comparaison avec son volume. Ainsi, un épanchement de sang d'une once au plus, peut avoir lieu dans le cerveau, et en laisser intacte la plus grande portion, qui continuera d'agir d'une manière plus ou moins complète; tandis qu'un épanchement moins considérable, affectant le cervelet, et occupant sa partie centrale, comme cela arrive presque toujours, aura en réalité détruit presque entièrement cet organe, et supprimé tout à coup son action. Voilà comment une hémorragie et une déchirure qui seraient peu graves pour le cerveau, deviennent promptement mortelles dans le cervelet, sans que peut-être ce dernier viscère soit plus absolument

(1) *Voy.* une observation analogue, *de sed. et caus.*, etc. Epist. LX, art. 6. Je dois citer ici, comme conforme aux observations de Morgagni, sous le rapport de la rapidité de la mort, un cas qui m'a été communiqué par M. Souberbielle. Ce médecin a vu un sujet, en pleine convalescence de l'opération de la taille, tomber et expirer sur-le-champ, comme s'il eût été frappé par la foudre. L'ouverture du cadavre montra un épanchement de sang dans le cervelet.

nécessaire que l'autre à la conservation de la vie, mais seulement parce qu'il se trouve en quelque sorte annihilé par la même lésion qui ne ferait qu'endommager le cerveau. Au reste, l'observation de Morgagni nous montre, tout comme dans l'hémorrhagie du cerveau, une lésion très-marquée de la substance nerveuse, et cela chez un sujet dont la mort avait été instantanée.

VINGT-UNIÈME OBSERVATION.

Apoplexie ; hémorrhagie dans le lobe droit du cervelet (1).

«Une sage-femme, âgée d'environ soixante-dix ans, d'une petite stature, grosse et replète, était assise auprès d'une femme en couche, lorsqu'elle s'écria brusquement : *Je suis morte !* et tomba à l'instant même, sans connaissance, vomissant quelque peu. Elle resta, sans aucune amélioration des symptômes, dans un profond coma durant quarante heures, au bout desquelles elle mourut.»

Ouverture du cadavre.

«Un caillot de sang du volume d'un œuf de pigeon fut trouvé dans le lobe droit du cervelet. Il n'y avait aucune autre lésion.»

---

(1) Abercrombie, *Pathological and practical researches on the diseases of the brain*, etc., p. 238.

VINGT-DEUXIÈME OBSERVATION.

Épanchement de sang dans un des lobes du cervelet enflammé.

Observation recueillie par M. Mance, élève interne (1).

« Bourgoin (Nicolas), âgé de quarante-six ans, fut apporté le 17 mai 1818 à l'hôpital de la Pitié, sans qu'on donnât de renseignemens sur ce qui lui était précédemment arrivé. Il se trouvait alors dans un profond assoupissement; sa respiration était profondément altérée, et il éprouvait par intervalles des mouvemens spasmodiques généraux. (*Saign. 20 sang.; col.; pot. anti-spasm.; limon. végét.; lav. purg.*) Quelque peu d'amélioration dans les symptômes.

» Le soir, vers 6 heures, sorte de paroxisme, durant lequel la respiration est très-courte, inégale, rare, le pouls fort, dur et très-fréquent, en même temps gonflement des parties génitales, érection, et pendant la nuit éjaculation abondante.

» Le 18, les symptômes se sont aggravés. Coma profond, pupiles presque immobiles, gêne plus grande de la respiration, pouls intermittent; trismus avec roideur comme tétanique des membres; gonflement et rougeur des parties génitales, sans érection. (*Sinap. pied.; sang. col; pot. antispas.*) Dans la soirée, retour des mouvemens convulsifs, satyriasis violens. Vers 6 heures, le râle survient: mort à 11. »

---

(1) Serres, *Journal de physiol.*, avril 1822. *Recherches sur les mal. org. du cervelet*, p. 179.

Ouverture du cadavre,

« Faite 27 heures après la mort, en présence de MM. Edwards et Lisfranc.

» *Habitude extérieure*. Face violette, surtout aux oreilles ; rigidité des membres considérable ; gonflement des parties génitales avec quelques taches brunes sur le scrotum. Le cadavre est encore chaud.

» *Crâne*. Le cervelet plus gros qu'il ne l'est ordinairement, d'un rouge vif : il y avait quelques gouttes de sang épanchées entre les sillons de la face supérieure. Toute la substance médullaire était d'un rouge vif. Dans un des lobes, près du processus vermiculaire supérieur, se trouvaient de très-petits foyers irréguliers, séparés les uns des autres, qui avaient, le plus grand, cinq ou six lignes d'étendue, le plus petit deux ou trois, chacun dans son plus grand diamètre, et que remplissaient des grumeaux et des caillots de sang. L'appendice vermiculaire supérieur, contenait lui-même un grand nombre de petits points hémorrhagiques. Les tubercules quadrijumeaux, surtout les postérieurs, étaient phlogosés, ainsi que le gros faisseau, désigné sous le nom de *processus cerebelli ad testes*.

» *Poitrine*. Les poumons, ainsi que les cavités droites du cœur, étaient gorgés d'un sang noir et coagulé. »

Remarques. La violence, la longue durée et le retour, comme par excès, des convulsions chez Bourgoin, tenaient sans doute à l'état inflammatoire, plutôt qu'hémorrhagique, du cervelet. Cependant il faut aussi reconnaître que des symptômes analogues peuvent être déterminés par la simple hémorrhagie,

comme dans l'observation de Morgagni (1), bien que le plus ordinairement elle détermine la paralysie. Alors celle-ci, toujours générale quand l'épanchement de sang occupe les deux lobes, l'est encore dans le cas où il n'en affecte qu'un seul, pourvu que la quantité de liquide épanché soit un peu considérable (2): l'hémiplégie ne s'observe qu'avec un faible épanchement borné à un seul côté. Les choses se sont passées de cette manière dans toutes les observations de M. Serres sur l'apoplexie cérébelleuse, excepté dans deux qui parlent de convulsions comme tétaniques, apparaissant à intervalles plus ou moins rapprochés, les malades restant d'ailleurs plongés dans un coma profond (3). Mais cet ensemble de symptômes peut aussi se montrer dans l'hémorrhagie cérébrale (4). Par conséquent, la maladie de Bourgoin n'offre rien d'extraordinaire, à part l'érection que M. Serres, suivi depuis par M. Falret (5), a cru pouvoir considérer comme le signe pathognomonique des lésions du cervelet (6).

Il est fâcheux que ce phénomène n'ait pas toute la valeur qu'on a voulu lui attribuer; mais puisque telle est la vérité, il faut bien le dire. Ainsi, M. Lallemand, un des premiers, a constaté l'absence

---

(1) Voy. *ci-dessus*, p. 63. — Voy. aussi A.-L.-J. Bayle, *Mémoire sur quelques points de physiol.*, etc. *Revue médicale*, 1824, tome 2, p. 70.

(2) Voy. *ci-dessus*, p. 65, et *de sed. et caus.*, etc., epist. LX, art. 6, une observation en tout semblable à celle d'Abercrombie.

(3) *Journal de physiol.*, etc., avril 1822.

(4) Voy. *ci-dessus*, *Obs.* V, p. 22. *Obs.* XII, p. 44. *Obs.* XVI, p. 52.

(5) *Journal de physiol.*, tom. II, p. 250.

(6) *Même Journal*, avril 1822 et avril 1823.

de l'érection sur un sujet atteint de cérébellite (1). M. Rostan assure positivement ne l'avoir jamais observée dans des cas analogues (2). M. Bouillaud a soutenu la même opinion de la manière la plus convaincante (3); et tout récemment, M. Rennes a fait connaître un cas d'affection du cervelet, qui, bien loin d'avoir produit l'érection, se trouvait coïncider avec une flétrissure remarquable des parties génitales (4). Si maintenant on compare ces résultats avec les observations de M. Serres, qui, sur onze cas, a vu l'érection se montrer six fois, et cinq fois ne pas paraître ou n'être pas aperçue (5), il faudra bien reconnaître que ce symptôme n'a pas lieu dans tous les cas d'affection du cervelet. Reste maintenant à déterminer si, quand on l'observe, il fournit un indice probable de l'affection de cet organe.

VINGT-TROISIÈME OBSERVATION.

Apoplexie; hémorrhagie dans le lobe droit du cervelet (6).

« Thomas (Marie-Anne), journalier, âgé de cinquante-cinq ans, d'un tempérament sanguin, fort adonné aux plaisirs vénériens, passa au cabaret une partie de la journée du 19 avril 1818. Dans la nuit, somnolence, pesanteur, agitations momentanées, perte de connaissance : le malade ne répondait pas aux questions qui lui étaient faites; érection une partie de la nuit.

---

(1) *Recherches anat. pathol. sur l'Encéph.*, deuxième lettre, p. 136.
(2) *Recherches sur le ramoll.*, etc., deuxième édit., p. 251.
(3) *Arch. gén. de méd.*, septembre et octobre 1827.
(4) *Arch. gén.*, juin 1828, p. 218.
(5) *Journal de physiol. expérim.*, etc., tom. II et III.
(6) Serres, *Journal de physiol.*, etc., tom. II, p. 176.

» Il entra à l'hôpital le 20 avril au matin, et offrit les symptômes suivans : face rouge et tuméfiée, stupeur légère, dont il était retiré quand on l'excitait ; respiration lente, suspirieuse par intervalles ; pouls plein, fort, fréquent, à 90 pulsations ; hémiplégie du côté gauche, principalement à la jambe ; agitation spasmodique du côté droit. (*Saign. jug.; lav. purg.; org. arnic.; pot. antispasm.*)

» Retour à la connaissance après la saignée ; le malade paraît surpris de se trouver à l'hôpital. Le soir, paroxisme très-fort, face très-injectée, gonflée ; chaleur considérable au cou, respiration lente de dix à douze inspirations par minute ; pouls dur, 90 pulsat., somnolence profonde, insensibilité à tous les genres d'excitation, satyriasis très-violent, tuméfaction et rougeur des bourses, immobilité du côté gauche, mouvement convulsif à droite ; éjaculation abondante à la fin du paroxisme. (*Saign.; sinap. jamb.*) Même état après la saignée, râle pendant la nuit. Le matin 21, face violette, gonflée ; lèvres et nez froids, respiration très-rare, très-courte ; pouls petit, irrégulier, très-fréquent ; distorsion de la bouche, tuméfaction et rougeur vive des parties génitales ; éjaculation abondante. Mort à 9 heures. »

Ouverture du cadavre.

« *Habitude extérieure.* Rien d'indiqué.

» *Crâne.* En soulevant la voûte du crâne, il s'écoula une certaine quantité de sang noir. Tous les sinus de la dure-mère, ainsi que le confluent des sinus, étaient remplis de caillots noirs ; les vaisseaux de la pie-mère étaient gonflés dans toute leur étendue ; la substance du cerveau ne présentait rien de

particulier ; mais le cervelet était plus rouge que dans l'état naturel. Lorsqu'on eut incisé une partie de l'appendice vermiculaire supérieur, l'action de l'air lui donna promptement une couleur rouge vif; toute la substance blanche de cette partie avait changé de couleur, on eût dit qu'elle avait *macéré dans le sang*. Plongée dans l'eau, elle se décolora, mais ne revint jamais à sa couleur naturelle. Quelques parties du noyau du processus paraissaient corrodées, mais il n'y avait pas de foyer détruit. Le processus étant divisé d'avant en arrière, nous aperçûmes un sang noir et épais, renfermé dans le quatrième ventricule : ce liquide avait pénétré en avant dans la scissure de Sylvius; en arrière, dans le calamus scriptorius.

» Dans le centre de la masse grise qui occupe le milieu de l'hémisphère droit du cervelet, existait un foyer rempli de sang, d'où s'était échappé celui que contenait le quatrième ventricule. Ce foyer anfractueux, irrégulier, déchiré à l'intérieur, avait deux centim. trois millim. de long, deux centim. et un millim. de large, et trois ou quatre millim. en hauteur. Ses parois, fortement injectées, étaient formées de couches ou zones concentriques, d'autant plus colorées qu'elles approchaient davantage de la face interne. La protubérance annulaire, vers la naissance de la cinquième paire, était phlogosée, ainsi que l'éminence olivaire et le commencement de la moelle épinière.

» *Poitrine et abdomen.* Les poumons étaient gorgés de sang, ainsi que les cavités droites du cœur, et les deux veines-caves; ces organes ne présentaient d'ailleurs aucune altération organique. Le canal intestinal n'offrait rien de particulier. »

Remarques. Voilà encore une observation qui

nous montre, en outre de l'érection, des mouvemens convulsifs d'un côté du corps; mais cette fois il existait une paralysie très-distincte du côté opposé; aussi l'ouverture du cadavre a-t-elle présenté, pour lésion principale, un épanchement de sang contenu dans un foyer assez vaste, dont les parois, notablement altérées dans leur structure, se composaient de zones rouges, concentriques, de plus en plus fortement colorées en allant de dehors en dedans. Il paraît également que la protubérance avait éprouvé un peu d'inflammation, et peut-être c'était là la cause des mouvemens convulsifs.

VINGT-QUATRIÈME OBSERVATION.

Apoplexie, hémorrhagie dans le lobe gauche du cervelet (1).

« Montagnon (Jean-Charles), blanchisseur, âgé de cinquante ans, mélancolique depuis sa première jeunesse, avait été sujet, à l'âge de 40 ans, à des tournoiemens de tête fort incommodes, pour lesquels on lui appliqua un cautère au bras gauche; il contracta également l'habitude de se faire saigner chaque deux mois, pour remplacer un flux hémorrhoïdal qu'il avait eu de trente à quarante ans. Ces précautions et un régime assez régulier le firent jouir d'une santé assez bonne jusqu'au 12 août 1821. Ce jour, il s'échauffa beaucoup dans une marche forcée et se coucha au soleil, où il dormit environ deux heures. En s'éveillant, il se sentit engourdi; la jambe droite lui parut si lourde, qu'il lui semblait, dit-il en entrant à ses fils, qu'elle était de plomb; il fut triste toute la soirée, mangea et but

(1) Serres, *Journal de physiol.*, etc., août 1822, p. 257 et suiv.

très-peu, et se mit au lit, assiégé par les idées les plus sinistres.

» Pendant la nuit, s'étant levé pour satisfaire quelques besoins, il fut pris d'un étourdissement violent, suivi de chute, dans laquelle la partie antérieure de la tête heurta l'angle d'une commode qui avoisinait le lit. On le releva sans connaissance. Il était dans une stupeur et dans une insensibilité profondes. On lui fit avaler de l'eau de mélisse mêlée à une infusion de tilleul qui provoquèrent un vomissement abondant de matières verdâtres.

» Après avoir vomi, il se trouva plus accablé, dit qu'il était perdu, et retomba dans la stupeur, dont le vomissement l'avait retiré momentanément. Le médecin, appelé dans la journée du 13, fit pratiquer une saignée du bras, qui ne produisit aucun changement à son état. Il fut alors conduit à la Pitié vers deux heures de l'après-midi, présentant les symptômes suivans : face très-rouge, abattue; respiration très-lente : le malade avait été menacé de suffocation dans la voiture qui l'avait amené ; pouls dur, fort et fréquent; intermittence chaque trois ou quatre pulsations; paralysie du côté droit; mouvement léger dans le bras quand on l'excitait; immobilité et rigidité de la jambe, langue jaune, œil fixe, pupille resserrée, et très-sensible à l'action de la lumière. (*Sinap. cuiss.; eau émét.; pot. antispasm.*)

» Dans la soirée, le malade était agonisant, pâle, les lèvres violettes, la face tout-à-fait décomposée, la respiration fréquente, entrecoupée : on n'avait pas pu lui faire avaler sa potion. Il mourut dans la nuit, après avoir eu quelques mouvemens convulsifs des muscles de la face. »

Ouverture du cadavre.

« *Habitude extérieure.* Rien d'indiqué.

» *Crâne.* Le cerveau fut trouvé intact. Vers la base de l'hémisphère gauche du cervelet, se trouvait un foyer caverneux contenant environ une once de sang. Il ne s'ouvrait point à l'extérieur, et ses parois étaient phlogosées (c'est-à-dire rouges), à une ou deux lignes tout autour. Du reste, la substance cérébelleuse n'était pas enflammée, quoique les vaisseaux de la pie-mère fussent plus distendus que dans l'état ordinaire.

» Les poumons et les cavités droites du cœur étaient gorgés de sang noir, épais et coagulé. »

Remarques. Si l'on pouvait douter de l'inutilité des cautères, voire même des saignées de précaution, pour préserver de l'apoplexie, le cas de Montagnon lèverait toute incertitude à cet égard. Ce n'est pourtant point à cause de cela que je m'y arrête, mais parce que M. Serres a constaté, par des renseignemens pris avec soin auprès des parens de son malade, qu'il n'avait éprouvé aucune érection pendant le cours de sa dernière maladie, dans laquelle nous ne trouvons plus dès-lors que les symptômes d'une apoplexie cérébrale intense. L'analogie, ou mieux la ressemblance, est parfaite, puisque la paralysie s'est montrée du côté opposé à l'épanchement.

VINGT-CINQUIÈME OBSERVATION.

Deux attaques d'apoplexie. Première, hémorrhagie dans le lobe gauche du cervelet; deuxième, hémorrhagie dans l'hémisphère gauche du cerveau (1).

« Un homme de soixante-huit ans, assez fort, est amené à l'Hôtel-Dieu, et placé dans une des salles de M. Récamier. Cet homme ne parlait pas. Nous étant chargés d'observer sa maladie, nous nous rendîmes à son domicile, pour avoir sur son état antérieur les renseignemens qu'il ne pouvait nous fournir. Sa femme nous apprit qu'en 1812 il avait éprouvé, pendant un violent accès de colère, une attaque d'apoplexie, caractérisée par la paralysie complète du bras et de la jambe *gauches*, et une gêne très-sensible dans la parole, mais sans aucun trouble des facultés intellectuelles. Il ne fut complétement guéri qu'au bout de quatre mois, et conserva toujours un peu de difficulté à parler. Cependant sa santé revint tout aussi bonne qu'auparavant, si ce n'est qu'il éprouvait souvent des douleurs rhumastismales. Le 17 octobre 1820, sans cause connue, il perd tout à coup le mouvement dans les membres du côté droit, ne peut plus parler ni avaler, mais conserve sa connaissance. On le transporte sur-le-champ à l'Hôtel-Dieu, où il est saigné au pied, sans aucun avantage. Le lendemain 18, il offre l'état suivant : la face est décolorée, la respiration stertoreuse; il y a un léger coma, qui permet encore au malade d'entendre ce qu'on

---

(1) Tavernier, *Quelques consid. sur l'amnésie*, juillet 1825.

lui dit, et de le prouver par quelques gestes du bras gauche ; il y a perte complète de la parole ; les membres du côté droit sont paralysés et légèrement contractés ; la déglutition est impossible ; le pouls, nullement fréquent, est peu développé ; les pupilles sont dans leur état naturel ; la bouche a sa direction accoutumée. (*Saign. jugul.; camph.*, gr. xxxvi; *limo. cit.*)

» Le 19, même état. (*Inf. til.; pot. émét.; lav. purg.; sinap. pieds.*)

» Le 20, bouche tirée à gauche : le malade paraît entendre très-difficilement (*Glace, lav. purg.*)

» Le 22, bouche un peu moins déviée ; sensibilité moins obtuse dans le bras paralysé ; du reste, même état ; pouls un peu dur. (*Même prescrip.*)

» Le 23, l'affaissement paraît moins grand.

» Le 24, coma plus marqué : il est survenu une toux très-fréquente ; l'expectoration est impossible ; le pouls fréquent, très-petit.

» Le 25, sensibilité nulle dans les membres du côté droit : le malade paraît mieux entendre ce qu'on lui dit, mais ne peut pas parler ; respiration râleuse ; toujours impossibilité d'avaler. On fait usage d'une sonde œsophagienne. (*Lim. sulf.; eau gom. avec eau de rabel.*)

» Le 26, même état ; pouls très-petit.

» Le 27, dixième jour, mort. »

Ouverture du cadavre.

« *Habitude extérieure.* Rien d'indiqué.

» *Crâne.* L'arachnoïde qui revêt la convexité des hémisphères est un peu épaissie et injectée. La partie de cette membrane qui recouvre le cervelet offre une apparence laiteuse dans presque toute son étendue ; les plexus choroïdes sont très-injectés.

» Dans le lobe moyen de l'hémisphère gauche du cerveau, près du point d'union des lobes antérieurs et moyens, en dehors de la couche optique et du corps strié, existe un caillot de la grosseur d'une noix, entouré d'une couche de substance cérébrale d'un rouge jaunâtre, ayant depuis une demi-ligne jusqu'à deux ou trois lignes d'épaisseur: cette couleur d'acajou diminue par degré d'intensité jusqu'à la partie saine. La portion de la pulpe nerveuse la plus rapprochée du caillot est ramollie dans l'épaisseur d'une ligne environ. Le reste du cerveau a conservé sa consistance, et offre une teinte jaunâtre.

» Le cervelet présente dans son lobe gauche, entre ses plicatures écartées, un kyste d'un demi-pouce de diamètre, dont les parois, formées par une membrane bien organisée, contiennent un peu de sérosité limpide.

» *Poitrine*. Le cœur très-volumineux ; les parois de ses cavités gauches sont très-épaisses. »

Remarques. L'hémorrhagie cérébelleuse ayant assez rarement permis, vu sa durée ordinairement très-courte, d'observer convenablement la marche de la paralysie dont elle est la cause, on a cru longtemps, plutôt par analogie que d'après les résultats de l'observation, qu'à son égard les choses se passaient comme dans l'apoplexie cérébrale. Cependant, Benninguerus avait vu, sur un Suisse, une plaie du lobe gauche du cervelet donner lieu à la paralysie des membres gauches (1); Planci avait également rencontré la paralysie du côté de la lésion organique (2), et Forestus avait fait la même remarque

---

(1) *Sepulcretum*, sect. 3, lib. IV, obs. 8, § 8.

(2) *In Append. ad epist. de monstr.*

dans un cas où, à la vérité, l'affection du cervelet s'accompagnait d'une autre dans le cerveau (1). En présence de ces faits, Morgagni n'était pas loin de penser avec Césalpinus (2) que la paralysie pourrait bien, dans les lésions du cervelet, se comporter différemment que dans celles du cerveau (3).

La question en était encore là, lorsque M. Heurtault eut occasion d'observer, sur le curé de Saint-Germain-l'Auxerrois, en 1811, la première apoplexie du cervelet publiée en France, à ma connaissance, et dans laquelle l'épanchement de sang se trouva du côté opposé à la paralysie (4). Depuis, M. Serres a recueilli cinq faits analogues (5); mais l'observation de M. Tavernier n'en conserve pas moins toute sa valeur. Il en résulte que sur dix cas d'affection du cervelet, il y en a quatre ou au moins trois, si l'on met de côté l'observation de Forestus, avec paralysie directe, contre six avec paralysie du côté opposé.

Frappé de l'opposition de semblables résultats, plusieurs médecins les ont attribués à la disposition anatomique des fibres nerveuses du cervelet, qui, suivant eux, s'entrecroiseraient dans certains points de cet organe et non dans d'autres (6). Ne rejetons pas cette explication (7); ne refusons pas non plus de

(1) Lib. x. *Obs. méd.* 11.
(2) Lib. 2. *Quest. méd.* 10, *in fine*.
(3) *De sed. et caus. morb.*, etc., epist. LII, art. 27.
(4) *Considérations sur divers points de chirurgie*, etc., p. 104, an 1811. L'ouverture du cadavre fut faite en présence de MM. Fizeau et Jeanroy qui avaient soigné le malade, et constaté quel était le côté du corps paralysé.
(5) *Journal de physiol.*, etc., avril et août 1822, et avril 1823.
(6) Andral, *Arch. gén. de méd.*, février 1827, p. 288.
(7) Plusieurs points de séméiologie, aujourd'hui inexplicables,

recourir aux expériences sur les animaux vivans, bien que, depuis Zimmermann et Zinn, jusqu'à nos jours, elles n'aient pu nous donner de solution définitive (1); mais comptons surtout sur les observations cliniques, pour dissiper les doutes qui nous arrêtent encore. En attendant, l'histoire recueillie par M. Tavernier est curieuse, principalement en cela qu'elle décrit très-bien le kyste de cicatrisation qui s'était formé après l'hémorrhagie du cervelet, et nous le montre semblable à ceux qu'on voit, en pareil cas, s'organiser dans le cerveau ou la protubérance annulaire. Quant à l'inflammation de l'arachnoïde, en supposant qu'on doive en admettre l'existence, d'après l'endroit où il est dit que cette membrane *offrait une apparence laiteuse dans toute son étendue*, c'était une complication légère, à laquelle on pourrait, à la rigueur, faire peu d'attention, en présence des autres lésions graves que présentait l'encéphale.

§ IV. Apoplexies de la moelle épinière.

La rareté assez grande des observations, convenablement décrites, sur les maladies de la moelle épi-

---

cesseront probablement de l'être par les progrès ultérieurs de l'anatomie. Ainsi, s'il demeurait bien prouvé que la partie antérieure de la moelle alongée s'entrecroise de chaque côté avec la postérieure, de manière que les fibres de la première vont au cervelet, et celles de la seconde au cerveau, comme l'assure Arnold (*a*), on pourrait y trouver la cause de certains symptômes dont on ne sait jusqu'à présent comment rendre raison.

(1) *Diss. de irritabil.*, § 27, *exper.* 7 et 8. — *In schol. ad eam dissert. partem*, § 1. — *Journal de Physiol.*, etc., avril 1823, p. 146 et suiv.

(*a*) *Quelques découvertes sur différens points d'anatomie. Journ. hebd. de méd., etc.*, octobre 1831, p. 45.

nière, rend leur histoire générale fort difficile à tracer, et surtout ne permet guère de les étudier par genre et par espèce. J'ai cru, à cause de cela, qu'il pouvait m'être permis, dans un *paragraphe* spécialement consacré à l'apoplexie de la moelle, de rapporter un cas d'inflammation de cette partie du système nerveux, et, par occasion, d'entrer dans quelques considérations sur les symptômes propres à faire connaître le siége et la nature des affections qui peuvent l'atteindre.

VINGT-SIXIÈME OBSERVATION.

Hémorrhagie dans la partie supérieure de la moelle épinière; ancienne hémorrhagie dans les corps striés (1).

« Un homme de soixante-dix ans environ, d'une constitution forte et robuste, d'une taille médiocre, et d'un tempérament sanguin, qui avait eu autrefois plusieurs attaques d'apoplexie, conservait depuis lors une roideur et une faiblesse considérables des jambes, marchait courbé en avant, et avec l'aide d'un bâton, ce qui ne l'empêchait pas de faire d'assez fréquentes chutes. Il pouvait cependant encore aller à pied de Bicêtre, où il demeurait, jusqu'à Paris, et en revenir. Les membres supérieurs avaient aussi beaucoup perdu de leur force et de leur agilité. A un esprit naturellement très-borné se joignait, chez cet homme, une difficulté et une lenteur extrêmes dans la prononciation; ce qui l'avait porté depuis long-temps à fuir tous les rapports sociaux : il vivait en lui-même,

---

(1) Hutin, *Recherches et Obs. pour servir à l'histoire*, etc., *nouv. Bib. méd.* 1828, tome 1, p. 70.

ne se plaignait jamais, mangeait et buvait à merveille. La veille de sa mort, il se promena encore toute la journée dans l'hôpital; il vint se coucher le soir à six heures, suivant son habitude, et le lendemain, à quatre heures du matin, on le trouva mort dans son lit.

Ouverture du cadavre.

« *Habitude extérieure.* Chairs fermes, avant-bras et doigts fléchis et fortement contractés, jambes étendues et roides.

« *Crâne et cavité rachidienne.* L'incision des tégumens du crâne laisse échapper beaucoup de sang noir liquide; la séparation de la voûte osseuse d'avec la dure-mère fournit également une grande quantité de ce liquide. La dure-mère est mince et transparente; tous les sinus cérébraux sont gorgés de sang; la pie-mère est injectée; le cerveau est assez ferme, excepté à la partie postérieure et externe de l'hémisphère gauche, où il présente un léger ramollissement superficiel. Chacun des corps striés présente une cavité pouvant contenir une amande, et revêtue par une membrane cellulo-vasculaire infiltrée d'une sérosité citrine. La partie supérieure de chacun de ces foyers paraissait être formée par l'arachnoïde ventriculaire épaissie.

» Le cervelet n'offrait rien de remarquable. La protubérance annulaire était un peu ramollie.

» A l'ouverture du canal rachidien, il s'écoula une grande quantité de sang noir; les veines méningo-rachidiennes étaient gorgées et distendues par ce liquide; la cavité de l'arachnoïde contenait beaucoup de sérosité, dans laquelle surnageaient quelques gout-

telettes graisseuses et quelques bulles d'air : cette dernière membrane présentait dans la région lombaire une multitude de lamelles cartilagineuses d'un blanc bleuâtre, frangées à leur circonférence; quelques-unes présentaient à leur centre un petit point osseux, saillant, opaque, à fibres rayonnantes.

» Les veines médullo-spinales, très-dilatées et flexueuses, surtout en bas, étaient distendues; la demi-cloison qui pénètre dans les sillons antérieur et postérieur se trouvait fortement injectée. La substance médullaire présentait partout une consistance naturelle; de nombreux petits vaisseaux la sillonnaient de toutes parts.

» Entre l'origine de la cinquième et de la sixième paire de nerfs cervicaux, nous trouvâmes un petit épanchement sanguin de la grosseur d'un pois, qui avait détruit la commissure grise; mais au niveau de la quatrième paire dorsale existait un autre épanchement beaucoup plus considérable, qui avait détruit en cet endroit presque toute la substance médullaire blanche et grise. Le caillot avait le volume d'une forte noisette, un peu alongée dans le sens de la moelle : le voisinage de ces deux épanchemens était un peu ramolli et infiltré de sang.

» *Poitrine.* Les poumons étaient gorgés de sang; les cavités du cœur étaient distendues par de gros caillots de ce liquide.

» *Abdomen.* Canal intestinal sain. »

VINGT-SEPTIÈME OBSERVATION.

Apoplexie dans la portion cervicale de la moelle, précédée de carie des vertèbres (1).

« Davane, né à Paris, âgé de onze ans, est entré à l'Hôpital des Enfans le 19 juin 1829. C'est un garçon grand pour son âge, bien conformé, paraissant d'une constitution un peu lymphatique, mais n'ayant rien de scrofuleux. Il n'a en effet jamais eu d'éruption croûteuse au cuir chevelu, ni d'ophtalmie, ni ganglion engorgé sous le col, ni toux. Il y a un an qu'il apprend l'état de bijoutier. Au mois de février de cette année, il a commencé à avoir de la gêne dans les mouvemens du cou; elle a augmenté peu à peu, et à mesure l'a empêché de se livrer à son travail, de sorte qu'à la fin il n'était plus employé qu'à faire des courses dans Paris. Il ne pouvait plus remuer la tête qu'avec la partie supérieure du tronc. Il y a trois semaines qu'étant tout-à-fait incapable de travail, et ayant depuis quelques jours des maux de tête, il est retourné chez ses parens pour se faire soigner. On lui a placé un vésicatoire à la nuque. Son état est resté le même; les douleurs de tête ont continué: elles avaient pour siége la partie latérale gauche, sous le pariétal. Ces douleurs sont subites et de peu de durée. De plus, deux ou trois jours avant son entrée ici, il a perdu la faculté de remuer le bras droit.

» Le 20 juin, le malade s'est présenté dans l'état

(1) Weber. *Clinique de* M. Guersent. *Journal hebd.*, juillet 1829, p. 20 et suiv.

suivant : le cou est gonflé; le malade craint de se mettre sur son séant de peur d'y éprouver de la douleur; il ne pourrait exécuter sans de vives souffrances les mouvemens de rotation et de flexion en arrière; cependant il peut un peu incliner la tête en avant; le membre supérieur droit a perdu complétement le sentiment, tandis que les membres inférieurs ont conservé également ces facultés, et permettent encore une marche facile; la langue se dévie légèrement à gauche, et la parole semble un peu embarrassée; les facultés intellectuelles sont intactes, et le malade rend très-bien compte de son état. Il y a des douleurs de tête, pas de toux; respiration et percussion bonnes; pas de douleur de ventre, pas de dévoiement; langue un peu rouge. Le malade se plaint d'une légère difficulté d'uriner, ce qui est peut-être l'effet du vésicatoire appliqué à la nuque. (12 *sangs. sur les côtés du col en arrière, oxim.; bouill.*) Le soir, il y a un peu de fréquence du pouls, pas de douleur de tête; le cou est dans le même état.

» Le 21 juin, le malade a eu un peu de sommeil la nuit; le pouls est fréquent, la face en sueur, les joues colorées; il éprouve en ce moment de la douleur de tête, parce qu'on vient de le remuer; sans cela il n'en éprouve point; du reste, son état est le même que la veille. (*Chi. oxi. émuls.; ventouses col; catap. après; lait.*)

» Les ventouses étaient à peine appliquées depuis un quart d'heure, quand le malade s'est plaint d'étouffer. On cherche l'interne de la salle, qui en arrivant le trouve mort. »

Ouverture du cadavre.

[Vi]ngt-quatre heures après la mort, la roideur ca-

davérique persiste encore; la peau et le tissu cellulaire où les ventouses ont été appliquées sont ecchymosés; les muscles de la partie postérieure du cou sont pénétrés d'un sang noir et liquide. Après que la colonne vertébrale a été dénudée par sa partie postérieure, une grande quantité de sang noir vient sans cesse se rassembler sur les parties latérales, s'écoulant des veines jugulaires et autres divisées; l'apophyse épineuse de la troisième vertèbre cervicale fait saillie en arrière, parce que l'*axis* est un peu portée en avant; de sorte qu'il y a une dépression entre la troisième vertèbre et la première, sans que pourtant ce déplacement constitue une luxation. En dénudant l'occipital, on trouve, près de son articulation gauche avec l'atlas, un peu de pus épanché et infiltré dans le tissu cellulaire qui entoure cette articulation : ce tissu cellulaire est ramolli et grisâtre; en le détachant, on pénètre dans l'articulation, et l'on y trouve les deux surfaces articulaires dépourvues de cartilages, inégales, présentant à nu le tissu spongieux de l'os, en un mot cariées. Dans l'articulation occipito-atloïdienne droite, il n'y a que la moitié antérieure de la cavité articulaire de l'atlas qui soit cariée. Le sommet de l'apophyse odontoïde est aussi dénudé et rugueux; les ligamens qui l'unissent à l'occipital paraissent détruits; ce dont pourtant il n'a pas été possible de s'assurer complètement par la manière dont la dissection a été faite. Le ligament transverse de l'atlas est évidemment relâché, et permet beaucoup de jeu à l'apophyse odontoïde. Le tissu cellulaire qui remplit l'intervalle entre l'apophyse et le ligament est plus abondant à droite qu'à gauche, pénétré de sang et ramolli du premier côté. La partie antérieure gauche du corps de l'axis est aussi dénu-

dée et rugueuse, et le cartilage de son articulation gauche avec l'atlas soulevé par son bord : les autres articulations sont intactes.

» *Crâne.* Le sinus longitudinal supérieur est gorgé de sang noir; les sinus latéraux sont dilatés, mais vides, probablement parce que le sang qui y était accumulé s'est écoulé par les jugulaires. Le cerveau, le cervelet ni les membranes n'ont présenté aucune lésion. Le bulbe rachidien a été enlevé avec le commencement de la moelle, coupée entre les troisième et quatrième vertèbres : cette moelle n'a pas paru comprimée, et, après avoir détaché les nerfs, on a pu la retirer des cerceaux osseux sans la tirailler. Elle avait sa forme ordinaire; mais, en la coupant, suivant sa longueur, d'arrière en avant, elle a présenté, au niveau de l'atlas, un épanchement sanguin occupant un espace de cinq à six lignes de longueur, et dont la quantité peut être évaluée au volume d'un pois; autour de l'épanchement, la substance médullaire a paru ramollie, mais ayant sa blancheur ordinaire.

» *Poitrine et abdomen.* Les poumons, le cœur, le foie, sont, ainsi que les vaisseaux du cou, remplis d'un sang noir, très-liquide; les poumons sont partout crépitans; le ventricule gauche du cœur présente sa cavité dilatée, ses parois épaissies, c'est-à-dire une véritable hypertrophie excentrique.

» L'estomac présente dans son grand cul-de-sac, le long de quelques veines remplies de sang, de petits points, de petites étoiles de sang épanché. Dans cette partie, la membrane muqueuse est assez molle pour s'alonger sous l'ongle, sans conserver la forme de lambeau sous laquelle elle est enlevée. Les valvules du duodénum et du commencement de l'intestin

grêle sont assez rouges; les follicules sont saillans; des mucosités abondantes recouvrent la membrane muqueuse.

» Dans la fin de l'intestin grêle, les follicules isolés et les follicules agminés sont très-développés aussi, sans aucune rougeur. Dans le gros intestin, la membrane muqueuse est très-mince et un peu molle. Il y a, le long de quelques gros vaisseaux, une disposition analogue à celle de l'estomac. »

Remarques. Dans un cas d'apoplexie de la moelle subitement mortelle, observée par M. Payen (1), on pourrait douter si la mort a été uniquement produite par l'hémorrhagie, ou si elle n'a pas été en partie le résultat de la compression que l'apophyse odontoïde de la seconde vertèbre cervicale, luxée et faisant saillie à travers une ulcération de la dure-mère, pouvait exercer sur l'axe spinal. Ici, quoiqu'il y eût une altération grave des vertèbres du cou, on ne saurait évidemment rien admettre de tel; c'est tout au plus si l'on pourrait attribuer à la compression la perte du sentiment observée dans le membre supérieur droit, quelques jours avant la mort. Néanmoins, il me semble plus convenable d'expliquer ainsi l'affection paralytique, que de la rapporter au léger ramollissement que présentait la moelle autour du caillot hémorrhagique. Ce ramollissement, en effet, me paraît être de même nature que celui qui précède et amène la déchirure du tissu nerveux encéphalique, et ne s'annonce par aucun accident appréciable.

Le vieillard qui fait le sujet de l'observation précédente en est un exemple manifeste. Chez lui aussi,

---

(1) *Essai sur l'encéphalite*, etc., *diss. inaug.*, n° 21, février 1826, p. 21.

le caillot sanguin se trouvait environné d'une petite portion de tissu médullaire ramolli, et cependant aucun accident précurseur ne s'est manifesté : l'hémorrhagie a été aussi subite et plus promptement mortelle que si elle eût affecté l'encéphale, parce que, en raison de son siége, elle a instantanément paralysé les nerfs diaphragmatiques, et produit par-là l'asphyxie (1) C'est toujours en grande partie de cette manière qu'elle amène la mort, même lorsque, atteignant des parties moins élevées de la moelle épinière, elle est plus lente dans sa funeste terminaison, sans pour cela mettre moins de rapidité dans la manière dont elle éclate, comme nous le verrons dans les deux observations suivantes.

VINGT-HUITIÈME OBSERVATION.

Hémorrhagie de la moelle épinière, avec altération profonde de son tissu (2).

« M. Durand, âgé de soixante et un ans, d'une forte constitution, d'un caractère vif et gai, jouissant d'une aisance agréable, n'ayant jamais fait d'excès, et n'ayant jamais eu d'autre maladie que la petite-vérole dans son enfance, se retira, lors des orages de la révolution, dans un bien qu'il avait en Champagne, où il s'occupa à l'agriculture, sans cependant se fatiguer. Au mois d'août 1808, il vint à Paris pour y passer quelques jours. Le lendemain de son arrivée, il se trouva un peu incommodé : on me fit prier de l'aller voir. Il se plaignait d'une douleur le long de la

---

(1) Bichat, *Recherches sur la vie et la mort*, p. 203.
(2) Gaultier de Claubry, *Journ. gén. de méd.*, août 1808.

colonne vertébrale, depuis les vertèbres cervicales jusqu'au bas du sacrum, douleur qui l'incommodait depuis quelque temps; il disait y sentir une grande pesanteur ou de l'engourdissement qui se prolongeait dans les cuisses et les pieds; il attribuait cet état à la fatigue du voyage, attendu qu'il avait été très-gêné dans la voiture, où il était resté une nuit et un jour sans dormir. Il avait l'habitude de se livrer beaucoup au sommeil. Le visage était frais, calme, les yeux bons, la peau douce, sans chaleur, et le pouls fort, mais égal; il me dit que cet état du pouls était naturel chez lui. Du reste, point de douleur ni même d'embarras dans la tête; le malade allait librement à la garde-robe; ses urines étaient bien cuites et légèrement citronnées. Je pensai, comme le malade, que cette indisposition provenait du voyage, et je conseillai le repos et un bain domestique. Je le quittai à dix heures du matin. A onze heures on vint me chercher, et l'on me dit qu'il ne pouvait remuer les jambes : déjà les urines et les matières fécales s'étaient échappées involontairement, et sans que le malade en eût rien senti.

» Les cuisses et les jambes sans mouvement étaient chaudes sans sécheresse; le ventre et toute la région abdominale paraissaient souples; le pouls n'avait plus la force et la régularité que je lui avais trouvées quelques momens avant; la respiration devenait moins facile; le visage avait perdu de sa couleur, les yeux de leur éclat et de leur vivacité; la tête prenait de la pesanteur, mais sans douleur; il n'y avait cependant pas d'étourdissemens. Dans cet état, le malade se plaignait d'un sentiment de douleur avec pesanteur et engourdissement; il ajouta alors qu'il y avait environ six mois que son épine lui faisait un peu mal,

mais qu'il croyait que c'était un rhumatisme : il appelait cette douleur son *bâton dorsal*. Ce fut le dernier mot qu'il prononça. Il mourut à l'instant. »

Ouverture du cadavre.

« *Habitude extérieure.* Depuis environ les dernières fausses côtes circulairement, jusqu'aux ongles des pieds, il existait une ecchymose générale qui augmentait en noirceur à mesure qu'elle approchait des doigts de pieds; le scrotum surtout était d'un noir d'encre.

» *Crâne et rachis.* Il y avait peu d'eau dans les ventricules du cerveau; il s'écoula du sang assez abondamment du canal rachidien. Ce liquide coula de nouveau en grande quantité quand j'ouvris ce canal osseux. Il en restait peu alors, à l'extérieur de la gaîne méningienne; la plus grande partie s'était écoulée pendant que la scie agissait. J'ouvris l'enveloppe, dans laquelle je trouvai comme une bouillie d'un rouge sang de bœuf, et qui se voyait depuis la partie inférieure de l'os sacrum jusqu'à la troisième ou deuxième vertèbre dorsale, où on commençait à apercevoir, sinon la moelle, au moins un corps un peu plus formé, sans cependant présenter une figure bien régulière. Comme j'ouvrais les enveloppes à mesure que je remontais vers la base du crâne, j'arrivai à la septième vertèbre cervicale, où je commençai à trouver la moelle épinière dans son intégrité quant à sa forme, mais la couleur en était d'un rouge très-foncé; en voulant la fendre dans sa longueur, pour voir si le sang avait pénétré dans son intérieur, et l'avait teinte comme à son extérieur; en voulant, dis-je, la fendre, elle s'écrasa sous mes doigts et le scalpel; il n'y eut

qu'à son extrémité supérieure où elle conservait encore un peu de sa consistance; l'intérieur participait à la même teinte que l'extérieur, mais allait en diminuant, à mesure que l'on montait vers la base du crâne et le trou occipital. Dans une assez grande longueur, environ du milieu des vertèbres dorsales jusqu'au bas du sacrum, les membranes étaient séparées très-distinctement, de sorte qu'on pouvait voir le canal vertébral et deux autres canaux, mais membraneux, remplis de sang.

» *Poitrine.* Tous les organes de cette cavité étaient dans l'état naturel.

» *Abdomen.* Les intestins étaient très-injectés, depuis l'estomac jusqu'au rectum inclusivement; le foie et la rate d'une couleur rouge-foncée; mais le cœur, le colon, le rectum, la vessie et les reins étaient presque noirs; les autres intestins et l'estomac avaient moins de couleur. »

VINGT-NEUVIÈME OBSERVATION.

Hémorrhagie dans presque toute la longueur de la partie centrale de la moelle épinière (1).

« Raucourt, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, fut pris *tout à coup*, le 5 juillet 1829, à la suite d'une grande sueur, d'un frisson violent, avec douleur dans le dos et les reins, le long de la colonne vertébrale. Le membre infé-

---

(1) *Arch. gén. de méd.*, novembre 1829, p. 429. *Extrait de la Clinique*, etc., tome 1, numéro 26. Voir *Lancette franç.*, 23 décembre 1830, et *Arch. gén.*, janvier 1831, p. 101, où cette même observation est reproduite.

rieur gauche perdit la sensibilité, le droit le mouvement. La vessie et le rectum furent frappés de paralysie. Le malade fut transporté à l'Hôtel-Dieu le 11 juillet. Le lendemain 12, à huit heures du matin, il était couché sur le dos, le membre droit demi-fléchi, un peu œdémateux, le gauche dans l'extension. Ventre volumineux, distendu par l'ampliation de la vessie qui n'avait pas été vidée depuis quatre jours. L'insensibilité de la peau, complète au membre inférieur gauche, s'étendait, mais à un moindre degré, jusqu'auprès du mamelon du même côté. Chaleur normale de la peau, pouls régulier, langue humide, un peu blanche. La vessie fut vidée au moyen de la sonde. L'urine était limpide, légèrement colorée en jaune rougeâtre. (*Limon.; lav. émoll.*)

» Le 14, lavement purgatif qui donne lieu à d'abondantes évacuations. Les jours suivans, on fait appliquer des moxas sur les côtés de la colonne vertébrale : nul changement dans l'état du malade.

» Le 20, il éprouve, quand il se lève sur son séant, une douleur violente dans la région lombaire, particulièrement sur la ligne médiane. Le 21, les douleurs sont encore plus vives; les urines sont mêlées de sang; les symptômes s'aggravent de jour en jour.

» A partir du 27, le pouls est fréquent; un état adynamique se déclare; les urines sont purulentes; des escarres énormes surviennent sur les trochanters et le sacrum; la paralysie augmente en remontant; la respiration s'embarrasse, et, après une agonie de trois jours, le malade meurt, le 10 août, à huit heures du soir.

» *Ouverture du cadavre*, quarante-huit heures après la mort.

» *Habitude extérieure.* Peu de roideur cadavé-

rique, chairs flasques, putréfaction avancée à l'hypogastre et aux lombes. On voit dans cette dernière région les larges escarres qui ont succédé aux moxas, et plus bas, celles qui sont survenues spontanément. Elles ont une couleur noire foncée. Les muscles sous-jacens sont mollasses, bruns, noirâtres, et s'écrasent facilement.

» *Crâne et rachis*. Le cerveau se présente à l'état normal. Les veines rachidiennes sont gorgées d'un sang liquide, brunâtre, mêlé de gaz. La moelle épinière offre en avant, le long du sillon antérieur, une coloration d'un rouge bleuâtre à l'extérieur, commençant à un demi-pouce environ au-dessus du bulbe supérieur, et visible seulement quand on écarte les deux cordons. Cette coloration, peu distincte à son origine, le devient graduellement davantage au niveau de l'origine des derniers nerfs dorsaux. Aussitôt après l'incision de la membrane propre, pour écarter les cordons, on vit une bouillie rouge brunâtre, qui remplissait le centre de la moelle, et était en quantité moindre dans le sillon. De plus, vis-à-vis les veines, soit antérieures, soit postérieures, la membrane propre offrait, dans l'étendue d'un pouce et demi, une coloration grise noirâtre, non uniforme, due à la situation superficielle de la substance qui remplissait le centre de la moelle. Celle-ci, dans ce point, était fort molle. L'altération allait ensuite en diminuant jusqu'au commencement du bulbe inférieur. Un examen attentif montra que l'épanchement du sang s'était opéré dans la substance grise centrale, et qu'il était partout assez exactement borné à cette substance. L'arachnoïde, qui recouvrait la partie inférieure et antérieure de la moelle, avait une couleur verdâtre, due à l'infiltration, dans le tissu cellulaire, d'un liquide

de cette couleur, produit par une inflammation bornée à ce point.

» *Poitrine.* Les poumons et le cœur étaient dans l'état normal. Les vaisseaux parurent partout sains, et le sang fort liquide.

» *Abdomen.* L'estomac offrait des traces légères de phlegmasie autour du cardia. La rate, adhérente à l'estomac et au diaphragme par une fausse membrane récente, offrait, dans le point correspondant, un foyer purulent bien circonscrit, du volume d'une grosse noisette, contenant du pus de bonne nature. D'autres foyers plus ou moins volumineux, plus ou moins avancés, existaient dans le reste de l'organe. Le foie, d'un jaune pâle, d'une consistance assez grande, était pénétré dans sa substance, d'une foule de noyaux bien circonscrits, où le tissu plus mou était d'un vert foncé. Un vaisseau passait toujours au centre de ces foyers. De grandes plaques vertes se voyaient à la superficie de l'organe. Les deux reins, particulièrement le droit, étaient criblés d'un nombre considérable de foyers purulens, soit dans la substance corticale, soit dans la substance tubuleuse. Les calices, les bassinets, les uretères et la vessie étaient dilatés, fort injectés, et parsemés d'ulcérations recouvertes de fausses membranes grisâtres. »

Remarques. Si l'on peut, avec assez de raison, regarder la douleur de lombes que M. Durand (*Observation* XXVIII) a commencé à ressentir quelque temps avant son attaque, comme un effet du travail désorganisateur qui devait produire la terrible maladie à laquelle il a succombé, rien n'autorise une pareille opinion à l'égard de la douleur comme rhumatismale dont il avait ressenti des atteintes cinq ou six mois

avant. En effet, un accident que des milliers d'individus éprouvent, sans jamais être atteints d'apoplexie de la moelle, indique bien moins encore l'imminence de cette maladie, que la douleur de tête n'est le présage habituel de l'apoplexie encéphalique. S'il en est ainsi, les symptômes vraiment précurseurs auraient donc précédé l'attaque d'un temps assez court. Au reste, une fois déclarée, elle a bientôt eu atteint son plus haut degré d'intensité; et si la mort n'a pas été aussi prompte que chez les sujets des observations XXVI et XXVII, c'est uniquement à la différence du siége de l'hémorrhagie qu'il faut l'attribuer, et non à la lenteur présumable avec laquelle elle se serait opérée. Il nous semble également certain qu'une quantité considérable de sang s'est épanchée de suite chez Raucourt (*Obs.* XXIX), qui, sans symptômes précurseurs, et en peu de temps, a éprouvé une paralysie presque complète des membres inférieurs. Peut-être aussi peut-on chez lui rapporter l'apparition, vers le 20 juillet, d'une vive douleur lombaire, à la phlegmasie de l'arachnoïde spinale, dont l'ouverture du cadavre a constaté l'existence. Quant au ramollissement, sans doute consécutif, que présentait la moelle épinière dans une grande partie de son étendue, il n'était guère possible, vu l'altération déjà profonde de cet organe, qu'il s'annonçât par des symptômes tranchés, et leur absence, en ce cas, n'a dès-lors rien de surprenant. Mais la résorption d'un pus fétide, croupissant sous de larges escarres, a produit, comme elle le fait toujours, un appareil formidable de symptômes adynamiques (1), et donné

(1) J. A. Rochoux, *Des systèmes en méd., et principal. de l'humorisme*, etc., p. 22.

lieu, en outre, aux nombreux foyers de suppuration contenus dans la rate, le foie et les reins, aux ulcérations comme gangréneuses de la muqueuse urétro-vésicale, à la purulence des urines, etc.

On retrouve toujours la série plus ou moins complète de ces divers accidens dans toutes les lésions de la moelle, assez graves pour amener la mort au bout de quelques semaines. Nous les reverrons chez le sujet de l'observation suivante, comme sur le malade dont M. Cruveilhier nous a transmis une histoire qui, à plus d'un titre, mérite d'être soigneusement étudiée (1). D'abord, elle offre peut-être le premier exemple de guérison d'une apoplexie de la moelle, constatée par la formation d'une cicatrice analogue à celle de l'encéphale, et ayant précédé de cinq ou six ans l'attaque qui est devenue mortelle. Elle n'est ensuite guère moins précieuse, sous le rapport séméiotique, en cela que si elle tend à présenter la seconde attaque comme s'étant annoncée tout à la fois par des symptômes précurseurs, et ayant après marché avec une lenteur qui nous semble sortir de l'ordre habituel des choses (2), cette même histoire atteste que la première attaque s'est faite tout à coup. Enfin on y voit survenir, aux derniers momens de la vie, une grave hémorrhagie intestinale, préparée et pro-

---

(1) *Anatomie pathologique du corps humain*, 5e *livraison*, p. 1re et suiv.

(2) Dans un cas d'apoplexie de la moelle, observée par M. Monod, la maladie a de même atteint très-promptement son plus haut degré d'intensité (*a*); pareille marche a été observée par M. Yvarin (*b*). Ainsi, sur neuf cas déjà connus de cette affection, huit ont marché à la manière de l'apoplexie encéphalique.

(*a*) Bernard (aîné), *Compte rendu des travaux de la soc. anat.*, p. 12.
(*b*) *Diss. inaug.* 1831, n° 6, p. 10, et *Arch. gén. de méd.*, oct. 1831, p. 253.

voquée, sans doute en grande partie, par le même défaut d'innervation qui, chez M. Durand, avait produit en quelques instans la vaste ecchymose répandue sur toute la moitié inférieure de son corps.

TRENTIÈME OBSERVATION.

Inflammation de la moelle épinière et de ses enveloppes; épanchement de pus dans les plèvres et pneumonie.

Gaudin (Abel), âgé de vingt-deux ans, de Bourgueil (Indre-et-Loire), garçon marchand de vin, était adonné, depuis l'âge de quinze ans, à des excès de masturbation et de coït, sans que sa santé en eût été sensiblement dérangée. Cependant il sentait depuis quelque temps ses forces diminuer, lorsqu'il fut pris, il y a une quinzaine de jours, de douleurs très-vives dans les lombes, accompagnées ou suivies, presque aussitôt, de faiblesse progressivement croissante dans les membres inférieurs. Il attribua ces accidens au froid et à l'humidité dont il avait fréquemment éprouvé l'influence, en descendant dans la cave, ayant chaud. Quoi qu'il en soit, sa maladie fit des progrès si rapides, que, lors de son entrée à la Charité, le 29 août 1826, il avait complétement perdu le sentiment et le mouvement dans les membres inférieurs. Il restait presque toujours immobile, ne se tournant dans son lit qu'avec la plus grande difficulté, et seulement à l'aide des bras. Son visage n'offrait pas d'altération remarquable; les facultés intellectuelles ne laissaient apercevoir aucun dérangement.

Pendant une dixaine de jours on n'observa pas

de changement sensible; mais au bout de ce temps, une escarre commença à se former au sacrum; dès-lors aussi les urines et les fèces furent rendues involontairement. M. Cayol, après avoir fait mettre des moxas sur les lombes de ce malade, le soumit, à trois ou quatre reprises, à l'électro-puncture. Ce genre de traitement fut sans influence sur la paralysie. Vers le 12 septembre, une suppuration abondante s'établit sous l'escarre du sacrum, et les symptômes de la résorption du pus, tels que la chute des forces, une sorte de somnolence semblable à l'ivresse, un mouvement fébrile continu, etc., ne tardèrent pas à se montrer.

Leur intensité, progressivement croissante, qui ne laissait aucun doute sur l'imminence d'une mort inévitable, faisait que la visite de ce malade se passait assez rapidement. Malgré cela, on n'avait pu s'empêcher de remarquer que depuis le 16 il éprouvait, plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, comme des accès, durant lesquels sa respiration devenait très-gênée, et son visage se colorait d'un rouge livide. Ce fut à la suite d'une de ces attaques de plus en plus intenses et prolongées, que Gaudin mourut en quelque sorte asphyxié, le 22 septembre, n'ayant, depuis son entrée, laissé apercevoir aucun signe de mouvement ou de sentiment dans les membres inférieurs.

Ouverture du cadavre.

Amaigrissement assez considérable; dénudation de toute la région sacrée, sur une surface de près d'un pied carré, s'étendant en profondeur jusqu'au périoste, et dépassant de deux ou trois pouces la circonférence de la surface où s'était formée l'escarre. Les

parties dénudées étaient dans un état de putrilage semi-gangréneux.

Crâne et cavité rachidienne. Le cerveau et ses membranes étaient dans la plus parfaite intégrité. Quant à la moelle et à ses enveloppes, voici quelles étaient leurs lésions.

Depuis les trois ou quatre dernières vertèbres cervicales, jusqu'aux quatre ou cinq premières dorsales, la dure-mère, notablement épaissie, présentait en arrière une couleur d'un rouge brun, et avait là une apparence charnue. Elle était recouverte par environ deux cuillerées de pus louable et nullement fétide. La rougeur de cette membrane diminuait peu à peu sur les côtés, et n'atteignait pas sa partie antérieure, laquelle paraissait saine, ainsi que le ligament postérieur des vertèbres. Toute la longueur de la moelle correspondante à l'inflammation de la dure-mère, était ramollie à un très-haut point, et d'une couleur gris-jaunâtre dans la totalité de son épaisseur. L'arachnoïde appartenant à cette portion de l'axe médullaire était fortement injectée, sans précisément paraître enflammée.

Poitrine. La plèvre droite contenait environ une pinte de pus bien lié, semblable à celui d'un phlegmon, rassemblé en totalité derrière le poumon, qui était atteint d'une hépatisation assez considérable de sa partie postérieure. Il y avait tout au plus six onces de pus de même qualité dans la plèvre gauche, où il occupait une place analogue. Il existait une libre communication entre chaque plèvre et l'intérieur du canal vertébral, au moyen de deux ou trois petites ulcérations ou perforations situées vis-à-vis l'orifice thoracique des trous de conjugaison.

Abdomen. Tous les viscères de l'abdomen étaient à l'état normal.

Remarques. Rien dans l'histoire du malade ci-dessus ne nous apprend si la série des maux sous lesquels il a succombé a commencé par l'inflammation de la dure-mère ou par celle de la moelle épinière. Le plus probable est que les deux phlegmasies se sont développées simultanément. Il n'en est pas de même à l'égard des plèvres et du poumon droit : ces organes ne sont certainement devenus malades qu'après les deux autres, et peut-être seulement vers le 16 septembre, époque où le mal fit tout à coup des progrès rapides.

Est-ce le pus introduit par les trous de conjugaison dans les plèvres perforées, qui a déterminé leur inflammation? L'état anatomique des parties laisse indécise une question que l'observation plus attentive des symptômes pendant la vie aurait peut-être pu résoudre. Mais la situation désespérée du malade, qui semblait rendre cet examen superflu, fut cause, avons-nous dit, qu'on ne songea pas à s'y livrer. On doit aussi reconnaître que l'affaiblissement extrême de la sensibilité générale, par suite de la lésion de la moelle, a rendu presque insensible une réaction qui, sans cela, eût été assez prononcée pour attirer les regards de l'observateur le moins attentif.

Quant aux symptômes qui annonçaient l'affection de l'axe médullaire, ils se sont montrés de la manière la plus évidente; et l'ouverture du cadavre en a complétement rendu raison, en montrant dans le ramollissement inflammatoire, dont une grande étendue de toute l'épaisseur de la moelle était affectée, la cause de la perte entière du sentiment et du mouvement des

membres inférieurs. Cependant il n'est pas toujours besoin d'une lésion aussi étendue pour produire ces deux symptômes, car on les observe dans plusieurs affections aiguës, où il n'y a qu'une portion quelquefois peu considérable du cylindre médullaire de malade. Les observations XXVI et XXVII en sont la preuve. Il faut, par conséquent, recourir à l'observation des affections chroniques, si l'on veut s'assurer que, quand la lésion de la moelle est bornée, soit à sa région antérieure, soit à sa région postérieure, les parties, dont les nerfs partent de l'endroit malade, perdent seulement la sensibilité ou seulement la motilité. Ces cas nous mettent encore à même de constater que la lésion d'un côté de la moelle produit la paralysie complète de la partie du corps correspondante, et qu'enfin des désordres très-grands, quand ils s'établissent avec lenteur, peuvent avoir lieu dans cet organe, et ne déterminer que des accidens comparativement légers (1); ce qui est, au reste, une règle constante dans la marche des maladies organiques.

Nous ne saurions entrer ici dans de plus longs détails de diagnostic local, et nous pensons qu'il suffit de citer, à l'appui de nos réflexions, quelques travaux modernes bien propres à faire connaître les résultats scientifiques des recherches qui ont eu pour objet la pathologie de la moelle épinière (2). On y verra

---

(1) M. Velpeau va jusqu'à dire « Que la moelle vertébrale peut, dans certaines circonstances, être gravement affectée, coupée, interrompue, détruite dans une étendue assez considérable, sans que la mort s'en suive, *sans qu'aucune fonction soit notablement troublée* » (*Arch. gén. de méd.*, mars 1825, p. 353.) Cette dernière assertion est visiblement exagérée.

(2) Sci. Pinel, *Mémoire sur l'inflammation de la moelle épi-*

que si cette partie de la science n'a pas encore atteint toute la perfection possible, elle a fait, dans ces derniers temps, des progrès très-réels. Maintenant, pour en terminer avec les remarques auxquelles la maladie de Gaudin vient de donner lieu, je dois rappeler que la résorption du pus formé sous les escarres du sacrum, a beaucoup contribué à hâter sa mort. A cette occasion, j'ajouterai que ces sortes d'escarres, lors même qu'elles présentent extérieurement peu de surface, répondent toujours, par leur côté interne, à une grande étendue de parties en suppuration. Cela explique pourquoi leur apparition est constamment un symptôme très-grave, même dans les cas où la moelle est intacte. Ici, où son altération était portée à un très-haut point, elle ne s'est pas bornée à accroître les dangers inséparables du

---

nière. Journ. de physiol., etc., 1821, tome 1, p. 54 et suiv. — Royer-Collard, *Altération de la partie antérieure de la moelle épinière*, etc.; précédée d'une note de M. Magendie, *op. cit.*, avril 1824, p. 153 et suiv. — Rullier, *Destruction d'une grande partie de la moelle épinière*, etc., *op. cit.*, p. 173 et suiv. — Velpeau, *Mémoire sur une altération profonde de la moelle alongée*, etc.; *Arch. gén. de méd.*, janvier 1825, p. 52 et suiv. — Le même, *Obs. sur une maladie de la moelle*, etc., *op. cit.*, p. 68 et suiv. — Honoré, *Obs. sur un cas d'inflammation aiguë de la moelle de l'épine*, *Arch. gén. de méd.*, mars 1827, p. 412. — Jaeger, *Affection du cerveau et de la moelle épinière*, etc., *op. cit.*, p. 419. — Hutin, *Mémoire et observations pour servir à l'histoire*, etc., *de la moelle épinière*, *nouv. lib. méd.*, 1828, tome 1, p. 21 et suiv. — Cruveilhier, *Anat. pathol. du corps humain*, cinquième livraison, p. 7 et suiv., tumeur encéphaloïde comprimant la moelle épinière. — Calmeil, *Sur la structure, les fonctions et le ramollissement de la moelle épinière*, *Arch. gén. de méd.*, mars 1829, p. 416. — Nonat, *Myélite-chronique*, *Lancette française*, 24 décembre 1831, p. 362. — Montault, *Cas de compression de la moelle*, *Journ. hebd. de méd.*, juin 1831, p. 16.

développement d'une large escarre; elle a encore été la cause déterminante principale de ce redoutable accident, en arrêtant l'influence très-efficace des nerfs de la vie animale sur la circulation capillaire, bien que la part d'action exercée sur elle par le grand-sympathique soit incomparablement plus considérable.

§ V. Apoplexies suivies de guérison plus ou moins complète.

TRENTE-UNIÈME OBSERVATION.

Apoplexie; Hémiplégie du côté droit, qui persiste pendant plusieurs mois, sans grande amélioration.

Blondet (Joseph), âgé d'environ trente-cinq ans, natif de la Guadeloupe, était sujet, depuis six ou huit ans, à éprouver, tous les trois ou quatre mois, des douleurs de tête précédées de constipation, qui duraient rarement une journée entière, et se dissipaient ordinairement trois ou quatre heures après qu'une évacuation alvine avait eu lieu. Elles s'étaient montrées à peu près de la même manière pendant son séjour en France, où il était resté quelques années, et avait été fréquemment affecté de coriza. Elles ne s'aggravèrent pas sensiblement à son retour dans la colonie.

Atteint, il y a quatre ans, d'une otite très-rebelle, il la combattit par l'application d'un vésicatoire au bras. Mais le mal semblant revenir aussitôt que l'exutoire commençait à se sécher, il se mit à prendre du tabac, et dès-lors ne souffrit plus de l'oreille. Malgré ces divers accidens, et quoique sujet depuis plusieurs années à des accès d'hémorrhoïdes sèches, il

n'en jouissait pas moins d'une santé qu'on pouvait dire bonne; ce qui le faisait se livrer à son état de cordonnier avec une grande assiduité. Il n'avait rien éprouvé d'extraordinaire, excepté dans la soirée de la veille, une forte envie de dormir, lorsque le 14 juillet 1816, vers six heures du matin, au moment où il s'asseyait après avoir porté un petit enfant de chez lui dans une maison voisine, il se sent affaiblir, sans éprouver aucune douleur, perd connaissance, et tombe sur le côté droit. Appelé peu d'heures après, je le trouvai privé de la parole, et hémiplégique du côté droit; paraissant très-peu entendre, ayant le visage comme frappé de stupeur, dévié à gauche, sans changement de coloration; les pupilles lentement et incomplétement contractiles, surtout la droite; la respiration assez libre, la peau médiocrement chaude et le pouls naturel, peut-être un peu faible. (*Saign.; org. acid.; lav.; flanelle autour de la tête.*) Immédiatement après la saignée, le malade fait quelques efforts pour parler. A midi, il entend assez bien. Le soir, les pupilles ont repris de la mobilité. Une selle. (*Saign.*) Sommeil ou plutôt assoupissement toute la nuit.

Le 15, continuation de l'assoupissement; pupilles plus mobiles; quelques mouvemens volontaires dans la jambe droite. Le soir, l'assoupissement augmente. (*Saign.*) Le sang des trois saignées n'a jamais présenté de couenne inflammatoire. En allant à la selle, le malade éprouve une défaillance de peu de durée.

Le 16, langue très-déviée, blanche, et chargée dès ce jour seulement; pupilles assez librement contractiles, surtout la gauche; assoupissement moindre; efforts pour articuler les sons, toujours inutiles. (*Org. acid.; lav.*)

Le 17, à peu près même état.

Le 18, le malade a recouvré des forces; il commence à se tourner dans son lit; il indique par signes qu'il ne souffre plus de la tête comme il avait fait jusque-là, et qu'il voit trouble de l'œil droit. Le visage a repris son expression habituelle, la déviation exceptée; le pouls est naturel, assez développé; le sommeil bon, sans assoupissement; la langue moins chargée; du reste, pas d'amélioration sensible dans les membres paralysés et dans les organes de la parole. (*Org. acid.; lav.; frict. lin. vol. camph.*) Pas de changement les jours suivans.

Le 22, (*vésicat. nuq.*)

Le 23, la jambe droite commence à exécuter quelques mouvemens; mais la parole est toujours impossible.

Les 28 et 29, le malade prononce quelques mots.

Le 1er août, il parvient à se faire comprendre assez facilement, quoiqu'en articulant fort mal ses mots, et dit souffrir de la tête, seulement par intervalles. Visage assez naturel, moins dévié, sommeil, appétit. (*Même presc.*)

Le 5, progrès dans l'articulation des mots; au lieu de la douleur de tête, sentiment comme d'un bandeau au-dessus des orbites. Le 7, ce dernier malaise est dissipé; la jambe droite a repris des forces. (*Inf. til.; jul. éther.*)

Le mieux continue à faire des progrès. (*Jul. éther.; til. orang.; urtication sur les membres paralysés.*) Vers le 22, le malade peut marcher en s'appuyant sur un bâton; le visage n'est presque plus dévié; mais le bras droit reste entièrement paralysé.

Amélioration lente et graduelle pendant le mois de septembre. Vers le milieu d'octobre, la marche

est assez facile, et le bras droit exécute quelques mouvemens. Depuis lors il ne gagne pas sensiblement, et six ou huit mois après son attaque, Blondet, qui marchait assez bien, ne pouvait pas se servir de son bras, quoiqu'à tout autre égard il fût en bonne santé.

Remarques. Le mieux prompt et assez marqué qui a suivi les saignées, surtout la première, peut raisonnablement leur être en grande partie attribué. Mais une fois ce résultat des premiers remèdes obtenu, les autres moyens de traitement n'ont pas eu d'influence bien appréciable sur la marche de la maladie, qui était encore loin d'être arrivée à une guérison complète au bout de six ou huit mois. Et cependant j'ai eu recours, aussitôt que possible, à l'usage d'un stimulant énergique: l'urtication sur les membres paralysés, avant laquelle j'avais déjà employé l'application d'un vésicatoire à la nuque, les frictions avec l'ammoniaque, et l'éther à l'intérieur, à assez hautes doses.

Si, dans ce cas, il est à peu près impossible d'apprécier l'effet salutaire des excitans du système nerveux que nous avons employés, il est au moins permis de croire qu'ils n'ont pas été nuisibles, puisque, sous leur administration, le mieux a continué de s'établir, quoique avec lenteur, et sans être arrêté par aucun accident. On peut donc, à une certaine époque de la durée de l'apoplexie, recourir à leur emploi, sinon avec un grand avantage, au moins sans inconvénient. D'un autre côté, la faiblesse qu'éprouva Blondet, après sa troisième saignée, nous montre aussi qu'il est un terme au-delà duquel les évacuations sanguines deviendraient inutiles et même désavantageuses. C'est surtout quand le sang, comme chez notre malade,

n'offre pas de couenne inflammatoire; car lorsque cette couenne se montre, on doit la considérer comme le résultat d'une fièvre vraiment *traumatique*, déterminée par la déchirure du cerveau; et il est alors indispensable de combattre, par un traitement antiphlogistique rigoureux l'inflammation qui pourrait, si on l'abandonnait à elle-même, déterminer le ramollissement, ou une autre affection également grave de l'encéphale ou de ses enveloppes.

TRENTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Apoplexie avec paralysie des membres gauches, qui n'a point éprouvé de diminution.

Hazard (Françoise), âgée de soixante-dix ans, de Paris, sans état, d'un tempérament sanguin, visage rouge, coloré, embonpoint assez grand, jouissait d'une parfaite santé, quoiqu'elle eût, depuis quelques années, un catarrhe pulmonaire. Elle éprouvait quelques vertiges et un peu de douleur de tête depuis une huitaine de jours, lorsque, le 10 juillet 1812, en se promenant à la campagne, elle ressentit tout à coup une vive douleur de tête, comme si quelque chose s'y fût déchiré, vit des étincelles, se trouva tout étourdie, et en même temps si faible de la jambe gauche, qu'elle se laissa tomber à la renverse. Au bout de quelques minutes, la douleur de tête est dissipée. On releva la malade, on la conduisit à une voiture, dans laquelle elle monta toute seule, à ce qu'elle dit; mais quand il fallut en descendre, elle se trouva complétement privée des mouvemens de la jambe et du bras gauches.

Le 19, jour de son entrée à la Maison de Santé,

elle jouissait de sa santé ordinaire; mais l'hémiplégie persistait, et les membres paralysés étaient un peu œdématiés : sommeil, bon appétit, ventre peu libre. (*Jul. éther.; orang.; vésicat. nuq.*) Au bout de quelques jours, l'œdème des membres se dissipe, la santé continue à être très-bonne; nulle amélioration dans l'hémiplégie.

Le 29 août, lors de sa sortie, cette malade n'avait encore éprouvé aucun changement favorable, et gardait son catarrhe, sur lequel sa dernière maladie ne paraissait avoir eu aucune influence.

Remarques. La plupart des auteurs parlent de l'atrophie que, suivant eux, les membres paralysés éprouvent fréquemment. Ils ne paraissent pas avoir accordé la même attention à l'œdème dont ils sont assez souvent affectés; cependant ce dernier symptôme est beaucoup plus fréquent que l'autre. Je l'ai vu trois ou quatre fois, et n'ai point encore observé l'amaigrissement des membres depuis que j'étudie l'apoplexie. Au reste, ces deux accidens sont tout-à-fait accessoires, puisque ce sont des symptômes de symptômes, et je n'en parle que pour ne point encourir le reproche de les avoir totalement passés sous silence.

TRENTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Apoplexie avec paralysie des membres droits, qui s'est dissipée en grande partie.

Stiénon (Jean-Baptiste), âgé de trente-trois ans, de Liége (Ourthe), d'un tempérament sanguin, cheveux châtains, visage coloré, bien constitué, bijoutier, s'était donné, il y a deux ans, un coup

assez fort à la tête, qui ne lui avait cependant pas fait perdre connaissance, et dont il n'était résulté qu'une contusion peu forte et un léger bourdonnement d'oreilles. Peu de jours après le premier accident, il éprouva des vomissemens spontanés, qui durèrent plusieurs jours, et une paralysie passagère du côté gauche de la face. Au bout d'environ six semaines, le bourdonnement d'oreilles continuant toujours, il eut une angine qui se termina par un abcès dans la gorge. Depuis cette époque, il avait joui d'une très-bonne santé, quoique toujours sujet à son bourdonnement d'oreilles, et à ressentir de temps à autre, des douleurs de tête assez fortes.

Le 20 septembre 1812, après son déjeuner, il vomit tout à coup sans cause connue; en même temps il éprouve un léger tournoiement de tête avec éblouissemens, sans perte de connaissance, et se voit subitement privé de l'usage de la parole et des membres droits. (*Tart.; stib. sang.; vésicat. nuq.*) Après trois ou quatre jours, la parole commence un peu à revenir; mais la paralysie persiste.

Le 28, on le transporte à la Maison de Santé dans l'état suivant : hémiplégie du côté droit, parole très-pénible et peu intelligible, intégrité des facultés intellectuelles; nulle douleur, appétit, peu de sommeil, pouls naturel, ventre peu libre. (*Poud. cath.* ʒß.; *org.*) Plusieurs selles.

Le 29, parole un peu plus facile; même état du reste. (*Mxt. sal.; pil. aloét.* ij.; *org.*) Les jours suivans, le sommeil revient un peu, et les selles ont lieu presque tous les jours, moyennant les pilules.

Vers le 6 octobre, il commence à pouvoir un peu remuer la jambe; le bras reste toujours immobile.

malade ne peut plus se servir de la main, et est forcé de cesser son travail qu'il avait continué jusque-là; faiblesse de la jambe droite, augmentation de la douleur de tête. Depuis ce temps, la faiblesse a continué ainsi que la douleur de tête, qui est plus forte du côté gauche; un peu de gêne dans la parole, sommeil, appétit. (*Potion antispas.; vésicat. bras ; frict. teint. canth.*) Pas de changement sensible.

Voici quel était l'état de ce malade le 13 mai, jour de son entrée à la Maison de Santé : faiblesse très-grande du bras droit dont il ne peut pas se servir ; faiblesse moindre de la jambe du même côté ; pupilles très-dilatées mais bien contractiles; douleur de tête constante, plus forte du côté gauche; pouls naturel, ventre assez libre, appétit médiocre, du sommeil. (*Orang.; teint. canth. en frict.*)

Le 20, la main a repris un peu de force. (Jusqu'à cette époque, *eau de Seltz, orang., un vésicat. sur le côté droit du cou.*)

Le 23, le mieux paraît se soutenir, un peu moins de douleur de tête. (*Pil. calom. iij.; t. kk. ℔ j.; eau de Seltz.*) Dans la nuit, plusieurs vomissemens, cinq ou six selles, augmentation de la douleur de tête, pas de sommeil.

Les jours suivans, il ne paraît plus se ressentir de cet accident. (Jusqu'au 28, *pil. calom. iij.; orang.; t. kk. ℔ j.*)

Le 29, on ajoute à cette prescription une friction, avec demi-gros d'onguent mercuriel : un peu d'embarras dans la parole, douleur de tête plus forte.

Le 30, la douleur de tête persiste seule. (*Même prescript. ; six sangs. temp.*)

Le 31, la douleur de tête n'est pas plus forte que

d'habitude. (*Pil. calom. iij.; orang.; t. kk. ℔j.; ongt. merc.* ℥ ß.)

Le 1[er] juin, quelques nausées et augmentation de la douleur de tête.

Le 2, elle est encore assez forte, et devient très-vive par les mouvemens. (*Même prescript.*)

Lors de la sortie de ce malade, le 6, les symptômes étaient à peu près au même degré d'intensité que lors de l'entrée.

Remarques. La maladie dont on vient de lire l'histoire est-elle réellement une apoplexie? Toutes ou presque toutes les probabilités sont pour l'affirmative. Il y a bien, à la vérité, dans la marche des symptômes, quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans les affections chroniques du cerveau; mais du reste la conformité avec la marche d'une apoplexie produite par un petit épanchement de sang, est manifeste. Nous verrons, dans la suite de cet ouvrage, des accidens absolument semblables à ceux que nous venons de rapporter, être produits par cette cause, et l'ouverture du cadavre en constater l'existence. C'est d'après la comparaison scrupuleuse de ces faits, qu'il sera permis de prononcer sur la nature de la maladie de Pôtet.

TRENTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

Cécité passagère, probablement produite par un épanchement de sang dans le cerveau.

Vallereau (Jean-Baptiste), âgé de vingt-huit ans, de Saint-Fargeau (Seine-et-Marne), d'un tempérament sanguin; embonpoint ordinaire, cheveux châtains, bien constitué, commis aux barrières, sujet

depuis son enfance à des épistaxis qui se renouvelaient au moins une ou deux fois par an, et étaient précédées, le plus ordinairement, d'un léger mal de tête avec enchifrenement, et quelquefois de mouvemens fébriles, avait vu, depuis environ dix-huit mois, ces hémorrhagies cesser, et n'en avait cependant éprouvé aucun dérangement dans sa santé. Le 22 février 1812, il se sentit tout à coup faiblir du côté gauche, sa vue se troubla; nulle douleur. Les deux jours suivans, rien de remarquable. Le 25, il se sentit si faible qu'il fut contraint de rester au lit, et éprouva alors un peu de douleur au-devant du front; en même temps la vue se perdit presque entièrement : du sommeil, bon appétit, ventre libre.

Voici les symptômes qu'il présentait le 27, jour de son entrée à la maison de Santé : faiblesse générale très-grande, plus considérable du côté gauche; cécité presque complète : il distingue à peine la lumière des ténèbres; parole parfaitement libre; légère douleur au-devant du front et sur les yeux; pouls naturel, sommeil, appétit, ventre libre. (*Mixt. sal. org.; huit sang. temp.; vésicat. nuq.*) Le soir, il croit voir un peu. Le 28, vue comme la veille, moins de douleur de tête. (*Même prescript.; six sang. front.*)

Le 1er mars, il voit un peu; faiblesse des membres moindre; yeux douloureux quand il les remue; dort bien; appétit; ventre assez généralement libre. (*Mxt. sal.; org.*) Les jours suivans, les forces et la vue reprennent peu à peu; transpirations abondantes pendant trois ou quatre nuits; les douleurs des yeux cessent. Le 6, il commence à marcher. Le 14, il peut lire de gros caractères, mais il se fatigue presque sur-le-champ. (*Même prescription.*) Le mieux continue

chaque jour à faire des progrès; et le 25, lors de sa sortie, Vallereau pouvait lire aussi bien, et était, à peu de chose près, aussi fort qu'avant sa maladie.

Remarques. Voilà encore une maladie dont nous ne pouvons reconnaître avec précision la nature, parce que ses symptômes peu prononcés laissent l'esprit incertain sur la cause qui les a fait naître. D'une part, la promptitude de leur début, et l'intensité à laquelle ils ont été portés en très-peu de temps, appartiennent à l'apoplexie; d'un autre côté, leur disparition presque totale, dans un espace de temps aussi très-court, ferait croire à une simple *névrose*, ou plutôt à une compression, suite de congestion sanguine des vaisseaux du cerveau, sans épanchement. Entre ces trois opinions également probables, il serait peut-être imprudent de prétendre déterminer quelle est la vraie. Je me contente de renvoyer les lecteurs à l'observation dixième, p. 35, où un épanchement de sang, reconnu à l'ouverture du cadavre, a produit une cécité, permanente à la vérité, circonstance qui peut-être a seulement dépendu de l'âge avancé du sujet, sans avoir donné lieu à des symptômes accessoires aussi forts que ceux dont je viens de faire mention, et à l'histoire de la maladie de Préville, rapportée par Portal (1).

ARTICLE II.

Description générale de l'Apoplexie.

On a presque ridiculisé de nos jours l'importance que l'illustre auteur de la *Nosographie philoso-*

---

(1) *Observations sur la nature et le traitement de l'apoplexie*, p. 276. — *Bibl. méd.*, septembre 1822, p. 367. Cas de cécité brusquement survenue, et paraissant aussi produite par une hémorrhagie cérébrale.

phique attachait à l'étude des symptômes; et pourtant sans cette étude, dirigée avec méthode, les maladies semblent n'être qu'une succession plus ou moins tumultueuse et désordonnée de phénomènes étrangers les uns aux autres, dont la véritable liaison nous échappe. Les plus apparens, quelle que soit leur valeur, attirent d'abord notre attention. Ils en font négliger d'autres, parce qu'ils sont moins visibles, et que pour les découvrir il faut se donner la peine de les chercher. Quand on ne sait pas la prendre, les faits se renouvellent en vain; nous les voyons toujours d'une manière confuse, et le temps, qui devrait éclairer notre esprit, finit par le remplir de trouble et de confusion.

Mais si, bien persuadé de l'indispensable nécessité qu'il y a d'étudier les symptômes, et de le faire d'après certaines règles, on apporte dans l'observation des maladies un esprit patient, exact, et avide de connaissances véritables; si, sans jamais avoir la prétention de deviner la nature, on se borne à noter avec soin tous les phénomènes perceptibles à nos sens, on ne tarde pas, en comparant entre elles un certain nombre d'histoires d'affections semblables, à reconnaître que, parmi les symptômes dont elles présentent la série, les uns ont paru d'une manière constante, régulière et uniforme, tandis que d'autres ont pu manquer totalement, varier à l'infini, paraître et disparaître presque au même instant. Il devient alors facile de saisir au lit du malade les traits principaux autour desquels les autres se rangent, en quelque sorte d'eux-mêmes, dans un ordre inférieur et tout-à-fait subalterne; et si à ces données on joint l'étude des lésions que nous offre l'ouverture des cadavres dans les maladies

qui laissent des traces après la mort, on possède sur leur partie graphique toutes les connaissances auxquelles l'observation nous permet d'atteindre. Si nous avons pu nous conformer à ces préceptes, en recueillant les observations qui composent l'article précédent, il doit maintenant être facile de donner une description générale exacte de l'apoplexie.

1°. *Marche et symptômes.* L'apoplexie débute ordinairement d'une manière brusque, instantanée : il est rare d'observer des symptômes précurseurs ; ses progrès sont presque toujours rapides. En peu d'instans elle arrive à son plus haut degré d'intensité, bien que quelquefois elle marche avec un peu moins de promptitude.

Elle s'accompagne *toujours* d'un trouble quelconque du sentiment (1), et d'une paralysie plus ou moins complète, qui, dans quelques cas vraiment exceptionnels, peut être accompagnée de mouvemens convulsifs. Le premier de ces symptômes présente une foule de degrés intermédiaires, depuis un léger étourdissement jusqu'à la stupeur la plus profonde. La paralysie, dont les degrés sont au moins aussi variables, atteint quelquefois d'une manière légère un seul organe de la vie animale ; souvent elle en frappe plusieurs avec une grande intensité ; enfin ils peuvent, dans des attaques très-graves, être presque tous à la fois privés de la motilité volontaire.

---

(1) J'entends par sentiment, dans cette occasion, la sensation interne, d'où résulte la conscience que nous avons de notre existence. Ce mot est par-là, il est vrai, un peu détourné de sa signification primitive ; j'ai préféré en agir ainsi que d'en créer un nouveau, l'explication que je donne pouvant très-bien faire concevoir ma pensée.

On n'observe pas la même constance dans une foule d'autres symptômes qui ont plus ou moins fixé l'attention des médecins. Les dérangemens du pouls, par exemple, peuvent se présenter sous toutes les formes, ou bien ne pas avoir lieu du tout. La respiration peut être libre ou gênée, la face pâle ou colorée, verdâtre, violette, livide; l'excrétion des urines et des matières fécales arrêtée ou involontaire; les pupilles insensibles ou sensibles à l'impression de la lumière, dilatées ou contractées, etc. Les symptômes regardés comme annonçant la maladie sont encore plus variables.

Lorsqu'elle doit avoir une heureuse terminaison, on observe une diminution lente et graduelle des symptômes. Dans ce cas, la perte de connaissance, si elle a été complète, est le premier accident qui se dissipe. Les malades reviennent à eux, ordinairement depuis le premier jour jusqu'au quatrième ou sixième, bien qu'ils conservent encore un peu d'étonnement, assez souvent accompagné de douleur ou de pesanteur de tête. Quand le mieux ne marche pas d'une manière bien franche, ils ont des intervalles de délire, surtout la nuit. En général, le sommeil des apoplectiques diffère plus ou moins de celui des personnes en santé.

L'affection paralytique ne s'en va pas aussi vite. Rarement elle est guérie complétement avant deux ou trois mois; encore n'observe-t-on cette terminaison prompte que chez les jeunes sujets. Presque toutes les personnes au-dessus de quarante ans conservent une faiblesse grande ou petite des membres affectés, à laquelle se joignent un sentiment d'engourdissement et une obtusion remarquable du tact. D'autres malades, qui ne succombent pas, restent

paralysés toute leur vie (1), et tombent souvent dans un état d'enfance, riant ou pleurant quand on leur parle, sans savoir pourquoi, et sans en avoir le moindre motif (2). C'est dans les cas ainsi prolongés qu'on voit enfin les membres paralysés s'atrophier, et présenter en même temps une *lucidité*, une coloration toute particulière.

Si, au lieu de s'arrêter au degré modéré d'intensité dont nous parlons, les symptômes suivent une marche progressivement croissante, la mort arrive ordinairement avant le huitième jour (3), et quelquefois beaucoup plus tôt, du premier au troisième jour. Il est, en général, fort rare, quoique la chose ne soit pas sans exemple, de voir des apoplectiques mourir avant trois ou quatre heures (4). C'est surtout chez les individus affectés de maladies du cœur qu'on observe des morts véritablement subites et instantanées.

L'apoplexie est toujours une affection grave, en cela que peu d'individus en guérissent complétement (5). Elle n'est pourtant pas aussi meurtrière

---

(1) Paulus Æginetus, *De re méd., artis méd. principes*, p. 427.

(2) Corn. Celsus, *De re medicâ*, tome 1, p. 209. — Jacquinus, *Comm. in Ras.*, p. 90. — Cœlius Aurelianus, *De morb. acut. et chron.*, cap. v, lib. 3. — Aetius, d'après Archigène, *De cogn. et cur. morbis.*, p. 253. — Forestus, *Opera omnia. Obs. med., de ap.*, Obs. 13, *in schol.* — Gualter-Bruele, *Prax. med. theor. et pract.*, etc., p. 73. — Baglivi, *Opera omnia*, p. 76. — Frid. Hoffmann, *Diss. de apoplexiâ*, p. 134. — Van-Swieten, *Com. in aph.*, etc., sect. 1017.

(3) Cælius Aurelianus, *De morb. acut. et chron.*, cap. v, lib. 3. — Van-Sweiten, *Com. in aph.*, etc., sect. 1019.

(4) Foderé, *De apoplexiâ desquisitio*, etc., p. 39.

(5) Nymman, *Tract. de apopl.*, p. 113. — Fernel, *Méd. univ.*, etc., p. 75. — Van-Swieten, *Op. cit.*, sect. 19. — Raró evenit ut nullo signo relicto morbus solvatur, quin tamen ex aphoniâ, ex

qu'on pourrait le croire. Je n'ai pas tenu de notes bien exactes à cet égard; cependant je crois me rapprocher beaucoup de la vérité, en disant qu'il périt sans doute moins du tiers des malades. En parlant ainsi, j'ai uniquement en vue les sujets qui meurent immédiatement de leur attaque, et je fais abstraction du nombre encore grand de ceux qui succombent à des complications d'affections cérébrales variées, suites assez fréquentes de l'apoplexie, sans que pour cela on soit autorisé à les considérer comme en étant inséparables.

2°. *Histoire anatomique de l'apoplexie.* Les lésions que présente l'ouverture des cadavres des apoplectiques varient suivant l'époque à laquelle arrive la mort. A-t-elle eu lieu promptement, en deux ou trois jours, par exemple, il n'est pas rare de trouver de larges ecchymoses sur le cou, la poitrine et même les membres, et quelquefois aussi un peu de turgescence de la face. Les vaisseaux du cuir chevelu, ceux de la dure-mère et ses divers sinus, sont en même temps gorgés de sang. La pie-mère en est infiltrée, et offre, par plaques, des espèces d'ecchymoses. Pareil engorgement se remarque dans les vaisseaux extérieurs, et dans ceux de la propre substance de l'encéphale. On trouve encore des restes plus ou moins considérables de ces diverses congestions, dans des cas où la maladie s'est prolongée pendant quinze ou vingt jours.

---

mentis percussione, ex stupore, et omnium ferè virtutum animalium concidentiâ nulla facti, casus reservati memoria, deprehenditur (*a*).

(*a*) Petrus Diversus Salius, *Com. in.*, Hipp., etc., p. 187.

Si de l'étude de ces désordres, en quelque sorte superficiels, on passe à l'examen de l'encéphale, on le trouve constamment le siége d'épanchemens de sang presque toujours renfermé dans des foyers creusés dans la profondeur de la pulpe nerveuse, d'autres fois, s'ouvrant dans les ventricules, et plus rarement à l'extérieur de l'organe encéphalique. Il peut aussi arriver que des solutions de continuité, larges et superficielles, en forme d'ulcérations, aient laissé sortir le sang qu'on trouve alors sous forme de couches moulées sur les surfaces avec lesquelles il est en contact, dans l'arachnoïde externe ou interne. Quel que soit, au reste, le lieu qu'il occupe, il se montre, par rapport à sa quantité, à sa couleur, à sa densité, etc., sous des apparences très-importantes à étudier. Dans tous les cas, on s'assure qu'il s'est échappé, par suite d'une rupture du tissu nerveux, dont l'organisation a subi une altération, tantôt plus, tantôt moins profonde, mais constante dans son existence.

Quand la mort arrive à une époque reculée de la maladie, l'habitude extérieure n'offre plus rien que d'ordinaire; toute espèce de congestion a disparu. Les parties qui ont donné lieu à l'épanchement du sang ont éprouvé des changemens remarquables, et ce liquide lui-même n'en a pas subi de moins notables. Par suite du temps, il a été plus ou moins complétement résorbé, après avoir subi des altérations profondes et fort variées dans ses qualités physiques. Les solutions de continuité de la pulpe nerveuse ont donné lieu à des cicatrisations plus ou moins bien organisées. Enfin, quelle qu'ait été la durée du mal, on peut encore rencontrer, à l'ouverture des cadavres, une foule de lésions qui lui sont essentiellement étrangères : telles seraient des productions osseuses for-

mées dans la dure-mère, des ossifications des artères du crâne, etc., diverses affections subséquentes de l'encéphale et de ses enveloppes, ou bien encore des lésions tout-à-fait accidentelles des viscères contenus dans la poitrine ou l'abdomen.

Les symptômes nombreux et les diverses lésions dont nous venons d'offrir l'ensemble, ont été l'objet des opinions les plus contradictoires, d'abord sous le simple rapport de leur existence, et bien plus encore quand il s'est agi de déterminer la corrélation d'effet à cause qui les unit les uns aux autres. C'est à présent sur ce point obscur et si important de pathologie qu'il nous faut chercher à porter toute la lumière et toute l'évidence dont il est susceptible. Un seul moyen peut conduire à ce but; il se trouve dans l'appréciation détaillée et approfondie des symptômes et des lésions organiques, à laquelle sont consacrés les deux articles suivans.

ARTICLE III.

Appréciation des symptômes de l'Apoplexie.

On a pu s'assurer, par la description qui vient d'être faite des symptômes de l'apoplexie, que parmi eux les uns sont constans, et les autres plus ou moins variables dans leur apparition. Ceux-ci vont d'abord m'occuper; je passerai ensuite à l'examen des premiers indiqués, et j'espère, au moyen d'une distinction vraiment puisée dans la nature, rendre plus frappant à l'esprit ce que je dirai des uns et des autres.

§ I. Symptômes variables.

Les symptômes variables se rapportent à deux chefs différens : les uns annoncent ou font craindre une attaque; les autres ne s'observent qu'avec elle.

A. *Symptômes précurseurs*. A en croire certains auteurs, les symptômes précurseurs de l'apoplexie seraient aussi variés que nombreux. Voici l'énumération de ceux qui ont été considérés comme les plus importans; ce sont, 1° le soda ou des nausées étant à jeun; 2° une forte douleur de tête, survenant tout à coup; 3° le gonflement des jugulaires; 4° des éblouissemens; 5° des vertiges; 6° l'apparition de corps brillans devant les yeux; 7° le tintement et le bourdonnement d'oreilles; 8° la lenteur et la difficulté des mouvemens; 9° des tremblemens dans tout le corps; 10° le froid des membres; 11° la paresse et la torpeur; 12° le grincement des dents et le ronflement pendant le sommeil; 13° l'incube opiniâtre et des rêves effrayans; 14° un sommeil fatigant et prolongé; 15° l'affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence; 16° la perte de la vivacité ordinaire; 17° l'obtusion des sens; 18° des urines sédimenteuses, noirâtres et peu abondantes (1).

Un examen tant soit peu attentif de ces symptômes montre qu'ils ne sauraient tous appartenir à l'apoplexie. Il y en a parmi eux qui sont propres aux affections chroniques du cerveau; d'autres qui se

---

(1) Paulus Æginetus, *De re medicâ*, lib, 2, p. 427. *med. artis princi.*, edente H. Stephano. — Avicena, *Canon*, lib. 3, sect. 1, tract. 5, cap. 12, p. 212. — Forestus, *Opera omnia*, obs. 71, in schol. 3. — Huffeland, *Art de prolonger la vie*, p. 323.

rattachent à des maladies dont le siége n'est pas même dans le crâne, par exemple, des lésions du cœur ou de l'estomac; et beaucoup plus encore qui sont vraiment insignifiantes. D'ailleurs, quand on lit avec attention un certain nombre d'histoires particulières d'apoplexies suffisamment détaillées, on ne tarde pas à se convaincre que de tous les symptômes regardés comme appartenant à cette maladie, ce sont ceux du prodrome qu'on observe le plus rarement. Arétée avait déjà fait cette remarque (1), dont beaucoup d'auteurs ont depuis constaté la justesse (2). Plus d'un médecin a eu en outre occasion de voir des sujets, au milieu de la santé la plus florissante, et précisément à l'instant où ils semblaient le mieux se porter, être subitement frappés d'apoplexie, à table, ou pendant le sommeil (3). Ce sont d'eux que Celse a pu dire: *suspecta habere bona sua debent* (4).

Malgré cela, nombre d'auteurs attachent encore une grande importance aux symptômes dits précurseurs; mais ils les regardent en même temps comme se montrant dans la plupart des maladies de l'encéphale (5). Ils reconnaissent aussi, à l'exception de Zuliani (6) et de quelques autres, que s'ils se pré-

---

(1) *De caus. et sign. morb. diut.*, lib. 1, p. 35. B.

(2) Ætius, *De cogn. et cur. morb.*, p. 253. — Fernel, *Med. univ. de morb. cereb.*, lib. 5, cap. 3, p. 74. — Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, deuxième édition, p. 333. — Bouchet, *Recherches sur l'enceph. des vieillards*, p. 17, juin 1827.

(3) Morgagni, *De sed. et caus.*, etc., epist. 2, art. 23; epist. 3, art. 17. — Nymman, *De apoplexiâ tractatus*, p. 1.

(4) *De re medica*, lib. 2, cap. 2, p. 58.

(5) Cælius Aurelianus, *Acut. morb.*, lib. 3, tome 1, p. 228. — Fodéré, *De apoplexiâ desquisitio*, etc., p. 11.

(6) *De apoplexiâ præsertim nervosâ*, p. 9.

sentent assez habituellement dans les apoplexies peu intenses, ils manquent néanmoins, la plupart du temps, dans les fortes attaques (1). Reste à déterminer si ces cas d'affection légère sont vraiment des apoplexies. Quoi qu'il en soit, voici ce que m'a appris l'expérience touchant la question des prodromes.

Sur soixante-neuf apoplectiques dont j'ai recueilli les histoires, onze ont présenté des symptômes précurseurs, et, parmi eux, cinq étaient habituellement sujets à des vertiges, qui ne se sont pas sensiblement augmentés aux approches de l'attaque. Ainsi, pour être tout-à-fait exact, il faut dire que six malades seulement ont éprouvé des symptômes précurseurs; ce qui réduit le nombre des individus dans ce cas à moins d'un dixième. Si l'on ajoute maintenant que l'on voit bien plus souvent ces symptômes paraître sans amener l'apoplexie que l'entraîner après eux, il sera facile d'apprécier la valeur d'accidens qui manquent habituellement quand éclate le mal dont ils devraient être les avant-coureurs, et se montrent au contraire quand il ne se développe pas. Je ne prétends pas insinuer par-là qu'il faille entièrement négliger les prodromes de l'apoplexie, mais faire en sorte qu'on ne leur accorde pas plus d'importance qu'ils ne le méritent.

B. *Symptômes de l'attaque.* Les plus importans sont fournis par les altérations et les changemens plus ou moins remarquables que peuvent présenter, 1° le pouls; 2° la respiration; 3° la coloration de la

---

(1)... Validissima tamen apoplexia subito invadit, nullis præcurrentibus signis prædictis. Gualter-Bruele, *Prax. med. theor.*, etc., p. 73.

face; 4° l'excrétion des urines et des matières fécales; 5° la contractilité de l'iris; 6° le délire et les convulsions.

1°. *Pouls.* — Les caractères du pouls sont extrêmement variables dans l'apoplexie. Il peut être plein, fort et dur; ce qui, suivant la plupart des praticiens, annonce un grand danger (1), en faisant craindre le retour ou la continuation de l'hémorrhagie. Il peut également être petit et faible (2), symptôme presque aussi fâcheux. Le plus ordinairement naturel et assez développé, le pouls est quelquefois rare, d'autres fois fréquent. Il n'est sans doute pas de caractère qu'il ne puisse revêtir dans cette affection : c'est assez dire combien on doit peu compter sur lui pour établir son diagnostic.

2°. *Respiration.* — Les changemens qu'éprouve la respiration sont aussi très-variables (3). Quoique le plus souvent elle soit stertoreuse, il arrive assez fréquemment de la rencontrer parfaitement libre, lors même que le malade est dans le plus grand danger (4); d'où l'on voit que les degrés d'embarras dans l'exercice de cette fonction sont loin de fournir la nuance de l'intensité de la maladie, comme l'ont enseigné l'auteur des prénotions coaques, Galien, et, après eux, un grand nombre d'auteurs (5). Il est, au

---

(1) Baglivi, *Opera omnia*, p. 112. — Landré-Beauvais, *Séméiotique ou traité*, etc., p. 40.

(2) Zuliani (*De apo. præs. nervosâ*, p. 167) prétend que le pouls est plus faible du côté paralysé que de l'autre. C'est une erreur trop palpable pour qu'il soit besoin de la réfuter.

(3) F. Hoffman, *Opera omnia*, *Diss. de apoplexiâ*, tome 2, p. 119.

(4) Morgagni, *De sed. et caus.*, etc., epist. 2, art. 14.—Veratti, *Comm. de Bononiæ sci. acad.*, p. 185.

(5) *Coacæ prænotiones*, p. 194, *edente* Foësio. — *De locis affec-*

contraire, des malades chez lesquels la gêne de la respiration est portée à un très-haut point, la maladie étant, d'ailleurs, à un degré modéré. Je ne crains pas de l'assurer, si l'on voulait juger de la gravité d'une apoplexie par le seul état de la respiration, on pourrait tout aussi souvent rencontrer l'erreur que la vérité, excepté dans ces cas où sa gêne est excessive, et où, d'ailleurs, d'autres accidens fort graves se montrent en même temps. Enfin, le dérangement particulier de cette fonction, connu sous le nom de *sterteur*, n'est point exclusivement propre à la maladie qui nous occupe; il a lieu aussi dans plusieurs autres. Par conséquent, Baillou n'était nullement fondé, quand il faisait de la sterteur, jointe, il est vrai, à la perte de la parole, le signe pathognomonique de l'apoplexie (1).

3°. *Coloration de la face.* — C'est principalement de l'inspection de la face que les partisans de la division de l'apoplexie en sanguine et en séreuse ont tiré les signes qui, suivant eux, devaient faire connaître chacune de ces maladies. La rougeur de la face appartenait à la première, la pâleur à la seconde (2), et cette opinion a obtenu pendant quelque temps

---

tis, p. 20, E. — Paulus Ægínetus, *De re med.*, p. 427. — Hollerius, *De morb. int.*, p. 27. *in schol.* — Sennertus, *De apoplexia*, cap. 33, tome 2, p. 244. — Franç. Bayle, *Tractatus de apoplexiâ*, p. 12. — Baglivi, *Opera omnia*, p. 111. — Hoffman. *Op. omnia*, tome 4, p. 2. *de hemor. cerebri.* — Theod. Craanen. *Med.*, *viri apop. correpti.* — Van-Swieten, *Com. in aph.* Boerhaavii, § 1015. — Portal, *Obs. sur la nature et le traitement de l'Apoplexie*, p. 310.

(1) *Opera medica*, t. III, p. 40.

(2) Petrus Diversus Salius, *Comm. in Hip.*, p. 170. — Forestus, *Opera omnia*, obs. 71. — Baglivi, *Opera omnia*, p. 217. — Hoffman, *Op. omnia. Diss. de apoplexiâ*, tom. III, p. 120.

un assentiment à peu près général. Tous ceux qui ont vu par eux-mêmes, savent à quoi s'en tenir sur la valeur de ces prétendus signes. En effet, on observe presque autant d'apoplectiques avec la face pâle, que l'on en trouve l'ayant plus colorée que dans l'état ordinaire. Au reste, la face ne présente pas seulement ces deux variétés de coloration : elle peut encore être d'un pâle verdâtre, jaunâtre, livide, ou bien d'un violet foncé; elle est alors presque toujours bouffie. Ce qu'elle offre de plus constant dans l'apoplexie, indépendamment de sa couleur, c'est une expression de stupeur très-remarquable (1). A la vérité, on rencontre quelque chose d'analogue dans d'autres maladies du cerveau.

4°. *Excrétion des urines et des matières fécales.* Le trouble qui se manifeste dans les fonctions de l'appareil digestif et urinaire, après une attaque d'apoplexie, ne saurait être instantané, comme les changemens que l'on observe dans le rhythme de la respiration, la coloration de la face, etc. Il ne peut donc nous fournir sur-le-champ aucun signe diagnostique. En général, il y a constipation; mais ce symptôme, commun à un grand nombre de maladies, a lieu dans la plupart des affections de l'encéphale. Quelquefois, au contraire, le malade laisse aller involontairement sous lui; ce qui paraît principalement dépendre d'une paralysie du sphincter de l'anus; accident du plus fâcheux augure, suivant Sennert (2).

La manière dont se fait l'excrétion des urines n'est

---

(1) Si Nymman a connu cet aspect de la face, il l'a très-mal exprimé en disant : Apoplecticorum facies similis sanorum faciei. (*De apoplexiâ tractatus*, p. 19.)

(2) Lib. III, sect. 2, cap. 2e., p. 196, tom. II.

pas moins variable. Quelquefois il y a paralysie de la vessie, symptôme, dit-on, très-fâcheux, et par conséquent, rétention d'urine (1). Le plus ordinairement, au contraire, l'émission en est involontaire et sans conscience pour le malade. On est à même de faire cette remarque dans presque toutes les attaques un peu fortes. Les auteurs parlent beaucoup de certaines qualités des urines, relatives à l'odeur, à la couleur, à la limpidité, etc. (2); il ne m'a pas semblé qu'elles présentassent rien de bien remarquable chez les apoplectiques, au moins d'une manière constante.

5°. *Contractilité de l'iris.* Les pupilles sont immobiles dans la plupart des attaques d'apoplexie; je dis dans la plupart, car il est bien certain que dans les cas peu graves, où les malades continuent de voir et d'entendre, quoique avec une certaine confusion, l'iris conserve plus ou moins sa contractilité, comme l'observation vingt-six en est la preuve (3). Mais dans les attaques violentes, avec perte complète du sentiment, peut-être y a-t-il constamment immobilité des pupilles. Ce symptôme pourrait donc, dans une pareille circonstance, faire reconnaître la maladie, s'il n'était en même temps commun à d'autres affections cérébrales (4). Il est à remarquer que l'on rencontre alors, avec l'immobilité des pupilles, presque

---

(1) Lallemand, *Recherch. anat. path. sur l'encéph.*, Lettre 2e., p. 236.

(2) Van-Swieten, *Com. in aph.* Boerhavii, sect. 1017. — Lud. Dureti, *Corn.* in coac. Hippoc., p. 70.

(3) Voy. *ci-dessus*, p. 104.

(4) Quin, *Diss. de hydroceph.*, etc., p. 140.—John Fothergill, *Remarq. sur l'hydroc. interne*, p. 30. — Parent-Duchâtelet, *Recherches sur l'inflam.* etc., p. 82.

aussi souvent leur contraction que leur dilatation (1). Quelquefois aussi une des pupilles est dilatée, tandis que l'autre est contractée (2).

6°. *Assoupissement, insomnie, délire et convulsions.* La stupeur, toujours très-prononcée dans les fortes attaques d'apoplexie, ne laisse pas encore de se rencontrer d'une manière sensible dans des cas plus légers. Pendant toute sa durée, les malades, au lieu d'avoir leur sommeil ordinaire, éprouvent, surtout la nuit, un véritable assoupissement; d'autres fois ils sont pris d'insomnie accompagnée d'intervalles de délire. Tant que ces derniers accidens ne sont pas portés très-loin, ils semblent dans la marche habituelle de la maladie; mais, si après une certaine époque ils persistent ou acquièrent une grande intensité, ils indiquent qu'un travail inflammatoire s'établit dans l'encéphale ou ses enveloppes (3), et dès-lors deviennent, à vrai dire, étrangers à l'apoplexie.

Les convulsions, dont nous avons vu quelques exemples (4), sont une complication assez rare, il est vrai, mais une complication fort importante à connaître. Ordinairement elles ont lieu du côté opposé à la paralysie, ce symptôme de l'hémorrhagie encéphalique ne cessant jamais alors d'être manifeste; d'autres

(1) Suivant M. Lallemand, la dilatation des pupilles serait bien plus fréquente que leur contraction, dans l'apoplexie. *Recherches*, etc., Lettre 2, p. 272.

(2) Abercrombie, *Patholo. andanato. researches*, etc., p. 18.

(3) Lallemand, *Recherches anat. path. sur l'encéphale.* Lettre 2e, p. 256. — Rostan, *Recherches sur le ramollissement*, etc., p. 18. — Bouillaud, *Traité de l'encéphalite*, p. 250 et suiv.

(4) Voy. ci-dessus, *obs.* v, p. 22; *obs.* XIII, p. 44; *obs.* XVI, p. 52; *obs.* XIX, p. 59; *obs.* XXII, p. 66; *obs.* XXIII, p. 70.

fois, au contraire, les membres paralysés en sont seuls passagèrement atteints. Enfin, elles peuvent aussi être générales, et, dans tous les cas, se montrer d'une manière permanente, ou bien, ce qui est le plus habituel, par accès plus ou moins rapprochés, dans les intervalles desquels la paralysie n'est plus équivoque.

Lorsque les convulsions sont permanentes, elles paraissent sous la forme d'une rigidité comme tétanique, qui néanmoins cède à d'assez faibles efforts pour la surmonter, et devient par-là facile à distinguer des contractions convulsives énergiques de l'épilepsie, ou de la roideur puissante du tétanos. Ainsi, convulsions d'un côté du corps et paralysie de l'autre; ou bien des convulsions dans les mêmes membres, alternant avec la paralysie, ou bien encore des convulsions permanentes, mais se montrant avec un caractère particulier très-aisé à apprécier, voilà une série de phénomènes difficiles à rencontrer dans une affection autre que l'apoplexie, et qui pourront presque toujours la faire reconnaître, si d'ailleurs ils ont paru avec une notable rapidité.

Quelle est la cause de ces diverses convulsions, qui sont presque toujours l'annonce d'un grand danger? Morgagni, et, depuis lui, plusieurs auteurs ont cru l'avoir trouvée, et ont produit, à l'appui de leur manière de l'envisager, des explications la plupart fort ingénieuses, auxquelles je me contente de renvoyer (1). Je terminerai en disant que, soit par les convulsions, soit par la paralysie, les membres af-

---

(1) *De sed. et caus morb.*, etc., épit. x, art. 15. — Lallemand, *Recherches anatomi. patho.*, etc. Lettre 3, p. 503 et suiv.—Ollivier, *Traité de la moelle épinière*, etc, t. II, p. 522.—Bosc, *Obs. pour servir*, etc., *Arch. gén.*, février 1830, p. 222. —Cruveilhier, *Compte rendu des travaux de la Soc. anat.*, p. 12.

fectés, chez les apoplectiques, sont toujours en définitive également soustraits à l'empire de la volonté. Sous ce rapport, un lien commun unit ces deux phénomènes, à tout autre égard opposés entre eux.

§ II. Symptômes constans.

Le trouble du sentiment et la paralysie sont les seuls symptômes qui ne manquent jamais dans l'apoplexie, quoique s'offrant avec une intensité presque toujours différente à chaque cas. Il est donc de la plus haute importance de se faire des idées précises sur les degrés d'intensité dont ils sont susceptibles. C'est là la raison des détails assez étendus dans lesquels je vais entrer à leur égard.

1°. *Trouble du sentiment.* La plupart des auteurs ont donné comme un des caractères de l'apoplexie la perte complète du sentiment (1). Il serait difficile de rendre compte des motifs qui ont fait admettre cette opinion d'une manière presque universelle. Il vaut mieux essayer de montrer qu'elle est au moins exagérée.

Parmi le nombre peu grand des malades dont j'ai recueilli les histoires, il s'en trouve quelques-uns qui n'ont pas perdu complétement connaissance pendant l'attaque; et cependant la paralysie dont ils sont restés atteints démontre évidemment, qu'il y a eu hémor-

(1) Arétée, *morb. diut.* Lib. 1er, p. 33. — Galien, *Comm. in aph.* 42, p. 18, B. — Jacquinus, *Comm. in Rhas*, p. 83. — Mich. Ettmuller, *op. omnia*, tom. IV, p. 380. — Sennertus, *de Apoplexiâ*, tom. 2, p. 243. — Forestus, *op. omnia*, *obs.* 73. — Sydenham, *opera medica*, tom. 1er, p. 507. — Frid. Hoffmann, *de hemorrh. cerebri*, *opera omnia*, tom. IV, cap. VIII, p. 240. — Fran. Bayle, *Tract. de apoplexiâ*, p. 11. — Nymman, *de apoplexiâ Tractatus*, p. 1. — Van-Swieten, *Comm. in aph.*, etc., § 1008.

rhagie dans un endroit quelconque de l'encéphale. D'autres étant morts à la suite d'attaques également sans perte de connaissance, l'autopsie cadavérique a fait voir des traces irrécusables de l'hémorrhagie. Elle peut donc avoir lieu, et le malade conserver le sentiment; mais il éprouve toujours un trouble quelconque de cette faculté. Je doute qu'un épanchement de sang, fort ou léger, puisse s'effectuer sans donner lieu à ce phénomène.

Tantôt c'est un simple éblouissement, tantôt un tournoiement de tête beaucoup plus fort; d'autres fois il y a sensation très-pénible de déchirure, ou de quelque chose qui éclate dans la tête; tantôt la perte de connaissance est telle, que le malade paraît entièrement insensible, mais se rappelle pourtant, quand l'attaque est passée, la plupart des choses qui lui sont arrivées pendant sa durée. Enfin, la perte du sentiment peut être complète, totale, et cet état se terminer par la mort, sans présenter de rémission.

Ce qu'il y a surtout de remarquable dans l'étourdissement apoplectique, c'est le caractère du trouble prolongé et profond qu'il apporte dans les facultés intellectuelles. Il a beau être léger, les malades conservent un air d'étonnement tout-à-fait insolite, qui se dissipe encore avec lenteur, tandis que, dans des pertes de connaissance beaucoup plus fortes, mais sans apoplexie, les malades ont repris leur assiette ordinaire en peu d'heures, et souvent en peu d'instans. J'insiste sur ce point de clinique, parce que je le crois important, et qu'il n'a que peu, ou pas du tout fixé l'attention des observateurs.

Quand l'étourdissement est dissipé, il reste presque toujours une assez forte douleur de tête, avec un sentiment de lourdeur dans cette partie. Beaucoup

de malades disent en souffrir, principalement du côté opposé à la paralysie. Avant d'être revenus à eux, on les voyait y porter machinalement la main; ils continuent souvent encore de le faire après, ce qui est en général un symptôme fâcheux (1).

2°. *Paralysie.* Excepté tout-à-fait dans ces derniers temps, les auteurs modernes, qui notaient avec tant de soin, la perte du sentiment, ont en général accordé peu d'importance à la paralysie : beaucoup n'ont fait que l'indiquer; quelques-uns en ont à peine fait mention; très-peu l'ont considérée comme inséparable de l'apoplexie. Valsalva, un des premiers, a cherché à ramener l'attention des médecins sur l'étude de ce symptôme; et, à cette occasion, il se plaint avec justice de l'espèce d'oubli dans lequel ils l'avaient laissé tomber de son temps, sans avoir égard aux préceptes des anciens maîtres de l'art (2). Au reste, il eût pu, naguère encore, renouveler les mêmes plaintes, dont les motifs ne reviendront sans doute plus. Nous suivons les intentions de ce judicieux observateur, en faisant connaître avec soin les nombreuses indications tirées de la paralysie.

Elle a été observée sur un ou sur les deux yeux, sur le larynx, la langue, l'œsophage, un bras, une jambe, et toute une moitié du corps; et, dans quelques attaques violentes, on a vu la résolution de tous les membres. Ainsi, il nous faut étudier la paralysie générale et la paralysie partielle, étendue à un plus ou moins grand nombre de parties. Voyons d'abord pour la *paralysie partielle.*

Il n'est pas commun d'observer la cécité, et la pa-

---

(1) Fodéré, *De apoplexiâ desquisitio*, etc., p. 3. — Quarin. *Obs. prat. sur les malad chron.*, p. 2.

(2) *De aure humanâ tractatus*, cap. v, n° 8.

ralysie du larynx est encore plus rare; je n'ai eu qu'une seule occasion de la rencontrer. Le malade, au bout d'un mois, n'avait pas encore recouvré la voix, qui resta perdue toute la vie, chez un sujet dont M. Moulin a donné l'histoire (1). Il ne s'est pas offert un seul cas de surdité à mon observation. Quant à la paralysie de la langue, elle a lieu si souvent, qu'il n'est presque pas d'auteur qui n'ait fait mention de l'embarras de la parole dans l'apoplexie.

Il est rare que l'organe soit entièrement envahi par la paralysie, qui se borne presque toujours à une de ses moitiés. Dans ce cas, lorsque le malade tire la langue de la bouche, sa pointe se tourne presque toujours du côté paralysé, et très-rarement du côté opposé à la paralysie, sans qu'aucune des explications de ce dernier phénomène données jusqu'à présent (2), soit vraiment satisfaisante. Cette dernière paralysie est toujours accompagnée de difficulté dans l'articulation des mots, laquelle, suivant Forestus, persiste avec une très-grande opiniâtreté chez les bègues (3).

La paralysie de l'œsophage n'est pas, à beaucoup près, aussi fréquente; elle ne s'observe même guère que dans les apoplexies très-graves, et augmente leur danger, par les obstacles qu'elle met à la déglutition. Souvent, si on ne fait pas attention à ce symptôme, on peut suffoquer les malades en les faisant boire, à moins qu'on n'ait, comme le conseille Arétée, la précaution de leur placer une canule dans l'œsophage, pour servir à la conduite des liquides (4).

(1) *Traité de l'apoplexie et des hydrocéphales*, p. 74.

(2) Moulin, *Op. cit.*, p. 47. — Bricheteau, *Bib medic.*, tom. LVI, p. 181. — Blandin, *Arch. gén. de méd.*, mars 1823, p. 469.

(3) *Opera omnia*, Obs. 86.

(4) *Morb. acutorum.*, lib. 1er, p. 83

C'est dans ces cas aussi qu'on observe la paralysie du sphincter de l'anus, dont il a déjà été parlé (1).

On voit rarement un membre, soit supérieur, soit inférieur, être paralysé seul. Ordinairement le bras et la jambe du même côté sont pris; et, ce qu'il y a de remarquable, la jambe reprend plus tôt ses forces que le bras (2) : sa paralysie est aussi ordinairement moins prononcée, que celle du membre supérieur. Enfin, on remarque, avec cette affection des membres, la paralysie de la moitié de la face, ce qui constitue l'hémiplégie (3). Dans ce cas, la bouche et une plus ou moins grande portion de la figure se trouvent tirées du côté opposé à la paralysie (4). Quelquefois alors, l'air, chassé de la poitrine par la bouche, soulève et gonfle la joue tiraillée, à chaque mouvement expiratoire, et s'échappe en produisant un bruit assez semblable à celui que font les fumeurs en ren-

---

(1) Voy. *ci-dessus* p. 127.

(2) Wepfer, *Historiæ apoplecticorum*, p. 300. — Morgagni, *de sed. et caus.* etc. épist. XI, n° 10. — Stall, *ratio medendi*, pars 1e, p. 320. — Zuliani, *de apo. præsertim nervosâ*, p. 167. — Lallemand, *Recherches anato., patho. sur l'encéph.* lettre 1re. p. 11.

(3) On observe quelquefois avec l'hémiplégie, des accidens assez remarquables pour mériter d'être mentionnés. Ainsi Gatti a vu le corps de deux hémiplégiques se recouvrir de boutons, seulement du côté sain (Tourtelle, *elém. d'hyg.* tom. 1, p. 41). Morgagni au contraire, parle d'un vieillard qui fut affecté d'ictère *seulement* du côté paralysé (*Epist.* XI, n° 14.). De même, Bichat a vu la sueur ne se montrer que sur le côté hémiplégié (*Anat. gén.* tom. IV, p. 703). Dans une fièvre quarte *hémiplégique*, la sueur, suivant Maugold, paraissait tantôt d'un côté et tantôt de l'autre, mais toujours d'un seul côté (*Arch. gén. de méd.* Juillet 1828, p. 435). Ce dernier fait n'est pas sans analogie avec l'observation faite souvent sur lui-même par Haller, à qui il arrivait fréquemment de ne suer que de l'un ou de l'autre côté du corps (*Élém., phys. corp.* etc., tom. 5, p. 40).

(4) Lallemand, *Recherches anat.*, etc., lettre 2e, p. 253.

voyant une bouffée de fumée : de là l'expression de *fumer la pipe*, employée par quelques écrivains pour désigner ce phénomène particulier, qui, suivant M. Landré-Beauvais, est d'un fort mauvais augure (1).

Soit qu'il y ait hémiplégie, ou seulement paralysie d'un seul organe de la vie animale, elle s'observe toujours, excepté peut-être pour les yeux, du côté opposé au siége de l'épanchement. Hippocrate avait déjà fait, à l'égard des plaies de tête, une semblable remarque (2), dont plus tard on trouva l'explication dans l'entrecroisement des nerfs qu'Arétée paraît indiquer comme un fait généralement admis de son temps (3). Il n'en fut pas moins si bien oublié depuis, que Sanctorinus a passé pendant long-temps pour avoir le premier découvert l'entrecroisement des nerfs (4). Admise par les uns (5), rejetée par les autres (6), sa prétendue découverte est restée un objet de contestation, jusqu'à ce qu'enfin Gall lui ait fait prendre rang parmi les vérités les mieux démontrées (7).

Si l'on en excepte le cervelet où l'hémorrhagie paraîtrait quelquefois entraîner la paralysie directe, ce qui semble aussi d'accord avec la structure anatomique de cet organe, principalement en rapport avec les cordons postérieurs de la moelle épinière qui,

---

(1) *Séméïotique, ou traité des signes des maladies*, p. 475.

(2) *Épidem*. Lib. 7. p. 1,218. *Édent*. Foësio.

(3) *De sign. et caus. morb. diut.* p. 34. B.

(4) *Obs. anat.*, cap. III. sect. 12., p. 61.

(5) Dehahën, *Rat. med.*, part. 4e, p. 211. — Pourfour du Petit. *Lettre d'un médecin des hôpitaux*, etc. — Portal, *hist. de l'anat.* tom. IV., p. 440. — *Obs. sur la nat. de l'apoplexie*, p. 364.

(6) Sabatier, Boyer, Chaussier et Dumas, *Principes de phys.* 2e édit., tom. III, p. 299.

(7) *Recherches sur le syst. nerv. en général*, etc. —. *Mémoires* etc., 14 mars 1808. p. 213.

suivant l'opinion générale des anatomistes, ne s'entrecroisent pas, toutes les autres parties de l'encéphale nous mettent à même de constater l'opposition qui vient d'être signalée comme constante entre le côté du corps paralysé et celui de l'encéphale qui est le siége de l'épanchement. On la retrouve encore dans les cas d'épanchemens des deux côtés à la fois; car alors la paralysie affecte toujours le côté du corps opposé à l'épanchement le plus considérable, comme l'a démontré Valsalva (1). La conformité de ces deux circonstances dans lesquelles le même fait se reproduit sous deux aspects différens, et l'invariabilité de ce résultat n'ont pu empêcher plusieurs médecins d'admettre que la paralysie peut aussi avoir lieu du côté de l'épanchement (2). M. Bayle a même cherché à le prouver au moyen de quatre, ou plutôt de trois observations (3), puisque, sur les quatre, une d'elles, empruntée à Morgagni (4), appartient bien plus au ramollissement du cerveau qu'à l'apoplexie. Voici l'analyse des trois seuls faits qui peuvent être admis dans la discussion actuelle.

Un a été observé sur un homme qui mourut d'apoplexie en deux heures. Il sembla paralysé du côté droit, néanmoins on trouva dans le *corps strié droit* un épanchement qui avait fait irruption dans les ventricules latéraux (5). Le deuxième fait a été aussi une maladie de quelques heures de durée. Une femme enceinte de cinq mois fut frappée d'une apoplexie qui détermina l'avortement et la mort en peu d'in-

---

(1) *De aure humana tractatus*, cap. II, nº 12.

(2) Dehaen, *rat. med.* p. 112. — Portal, *obs. sur la nature et le trait. de l'apoplexie*, p. 203.

(3) *Revue médicale*, janvier 1804.

(4) *De sed. et caus. morb.*, etc. épist. LVII. nº 14.

(5) *Valsalvæ opera*, *epist. anatom.* XIII, nº 19.

stans. A l'ouverture du cadavre, Morgagni découvrit un épanchement de sang dans le côté droit du cerveau, bien que *ses élèves* lui annonçassent avoir observé la paralysie du même côté (1). Le troisième cas a été observé par Brunner, qui trouva les cicatrices d'une ancienne hémorrhagie dans le côté droit du cerveau, chez une femme qui avait été pendant longues années paralysée des *membres droits* (2).

La mort des deux premiers malades a été si prompte, elle a dû arriver au milieu d'un cortége d'accidens tellement graves et nombreux, qu'il était sans doute difficile de s'assurer de quel côté se trouvait la paralysie que, dans ces deux cas, ni Valsalva ni Morgagni n'ont constatée par eux-mêmes. Quant à l'observation de Brunner, on ne peut lui adresser la même objection; mais lorsqu'on la découvre seule, en présence de plusieurs centaines d'observations qui toutes parlent de l'opposition de la paralysie, ne doit-on pas présumer qu'une faute de rédaction aura fait écrire un côté pour l'autre? Il me paraît difficile de se refuser à cette opinion.

Si dans l'apoplexie la paralysie se montre constamment du côté du corps opposé à la lésion de l'encéphale (3), il n'en est pas de même pour les affections chroniques (4). Elles produisent assez fré-

---

(1) *Valsalvæ opera, epist. anatom.* XIII, n° 25.

(2) *De apoplexiâ post quinquennium recurrente fortissimâ*, etc.

(3) Morgagni, *de sed. et caus. morb.*, etc. epist. II. art. 9.

(4) « Souvent, dit Bichat, on a observé à droite des épanchemens ou des lésions de la substance cérébrale, sans altération des mouvemens à gauche, et réciproquement » (*a*). Cette assertion ne peut être vraie qu'en négligeant la distinction que nous croyons indispensable d'établir entre l'apoplexie et les affections chroniques de l'encéphale, sous le rapport de leur aptitude à produire la paralysie.

(*a*) *Anatomie générale*, tome 1, p. 122.

quemment la paralysie directe, comme on peut le voir par les observations de Lancisi (1), de Morgagni (2), et par le mémoire de M. Bayle qui, à deux exemples de ramollissement du cerveau accompagné d'une semblable paralysie, puisés dans les auteurs, en ajoute un troisième qu'il a observé lui-même (3). Là, l'exception est évidente, et comme il a fallu depuis long-temps l'admettre, on en a donné des explications auxquelles les lecteurs pourront recourir s'ils le jugent convenable (4). C'est, au reste, une question à éclairer par de nouvelles expériences, mais entièrement séparée de ce qui vient d'être dit pour la paralysie produite par l'épanchement du sang, laquelle n'en demeure pas moins le seul symptôme capable de nous le faire reconnaître. Sans elle, point d'hémorrhagie encéphalique, ou au moins il nous est impossible de nous assurer de son existence. Par elle, l'hémorrhagie nous est revélée d'une manière manifeste; nous savons en outre quel côté de l'encéphale en est le siége; on a même cru pouvoir déterminer le point précis qu'elle occupe dans ce côté, par la seule étude de la paralysie, comme nous le verrons plus tard (5).

Les lésions qui produisent les divers symptômes de

---

(1) *De subit. mort.*, cap. V, lib. 1°, obs. 4, p. 149.

(2) *De sed. et caus.*, etc. epist. LVII, art. 14 et 15; epist. LXII, art. 13.

(3) *Revue méd.* janvier 1824. — *Voy.* aussi Leuret, *Arch. gén.*, janvier 1829, p. 110. — *Gazette médicale*, tome 11, n° 20, et *Arch. gén. de méd.*, août 1831, p. 556. — Ramollissement d'un hémisphère du cerveau sans paralysie. Lalesque, *Journ. hebd. de méd.*, août 1829, p. 270.

(4) Portal, *Obs. sur la nat. et le trait. de l'apop., etc.* p. 365.

(5) Chapitre III de cet ouvrage, section 2.

l'apoplexie n'étant pas de nature à être promptement réparées, il s'ensuit que la paralysie doit, de même, durer long-temps. Aussi y a-t-il peu d'exemples de sa guérison, avant deux ou trois mois; et ce serait vouloir tout confondre que d'appeler apoplexies ces pertes de connaissance après lesquelles les malades recouvrent le libre et complet usage de leurs membres et de leurs facultés intellectuelles, en un jour ou deux. Cependant, après avoir mis ces cas de côté, on trouve encore d'assez grandes différences dans la durée de la paralysie. Ainsi, tantôt elle se guérit complétement, au bout de quelques mois, quoique ayant frappé avec intensité plusieurs parties du corps; tantôt elle dure toute la vie, quoique paraissant légère et n'attaquant qu'un seul organe.

Ces faits et quelques autres du même genre n'ont pas manqué d'explications. On a dit que la paralysie guérissait promptement, lorsque le sang, en s'épanchant, s'était borné à étendre et à séparer les fibres nerveuses pour se loger entre elles, et qu'elle devenait incurable si les fibres avaient été rompues ou déchirées par l'effort hémorrhagique (1). Mais l'ouverture des cadavres montre d'énormes cicatrices dans des cas où la paralysie s'est complétement dissipée (2), et quelquefois d'assez petites, lorsqu'elle a persisté sans éprouver de diminution (3). L'allégation de la plus ou moins prompte résorption du caillot de sang ne lève pas, non plus, toutes les difficultés, puisqu'on

(1) Ollivier, *Traité de la moelle épinière*, etc. tom. II., p. 528. — Pinel Grandchamp, *Propositions*, etc., *diss. inaug.*, janvier 1828, p. 13.

(2) Voy. obs. IX, p. 33.

(3) Voy. obs. XL. p. 174, et obs. XLVI, p. 194.

voit la paralysie continuer après l'entière disparition du caillot, et par opposé se dissiper long-temps avant qu'il ait disparu (1). Nous ne connaissons donc pas toutes les conditions capables d'influer sur la durée de la paralysie. Aux données que nous possédons à cet égard, il faudrait joindre sans doute la considération du siége particulier de l'épanchement, l'état pathologique des parties où il se trouve, et d'autres circonstances peut-être encore très-nombreuses, que de nouvelles observations peuvent seules nous faire découvrir.

Il ne suffit pas que la paralysie dont Hoffmann a eu le tort de faire un des symptômes caractéristiques de l'apoplexie séreuse (2), soit de longue durée; il faut encore qu'elle survienne tout à coup pour indiquer un épanchement de sang dans l'encéphale : persistance et instantanéité forment alors son caractère (3). Dans les affections chroniques de cet organe où on l'observe, elle se manifeste avec lenteur. Il est facile d'en suivre les progrès.

Paralysie générale. La résolution complète de tous les membres est loin de fournir les mêmes lumières sur la nature de la maladie, parce qu'elle peut aussi se rencontrer dans de graves affections comateuses, dont la cause n'est pas un épanchement de

---

(1) Abercrombie. *Pathological and anatomical researches*, etc. p. 255.

(2) Dein hic qui a sanguinis affluxu in cerebro oritur attonitus morbus, probe discernendus ab illo, qui fit à seri ibidem secessu, et quem consequitur *hemiplexia*. *Opera omnia*, *de hemor. cerebri*, tom. II, p. 242.

(3) Lallemand, *Recherches anat. path. sur l'encéph.* lettre 2e, p. 259.

sang, parce qu'il est presque impossible, dans un cas de ce genre, de s'assurer si la perte des mouvemens volontaires tient à un collapsus général, ou est l'effet d'une forte compression de l'encéphale. L'incertitude augmente encore lorsque les membres sont pris d'une roideur comme tétanique (1), lorsque de violentes convulsions remplacent la paralysie ou alternent avec elle. En outre, le trouble, la confusion que les autres symptômes offrent alors dans leur marche, achèvent d'obscurcir le diagnostic d'une maladie, que sa courte durée peut encore contribuer à faire méconnaître.

Des renseignemens exacts sur ce qui s'est passé pourraient seuls tirer d'embarras. L'impossibilité où l'on est presque toujours de les obtenir doit engager tout homme prudent à suspendre son jugement, plutôt que de lui donner pour base des faits dont il ne peut constater la réalité.

Il semblerait raisonnable de croire que la paralysie de tous les membres reconnaît pour cause un épanchement dans chaque côté de l'encéphale. L'observation m'a presque toujours montré le contraire mais, dans ces cas, la quantité de sang épanché était très-considérable, et il est facile de concevoir comment la compression qui en résultait, a pu donner lieu à une paralysie générale.

ARTICLE IV.

Appréciation des lésions organiques (2) qu'on rencontre dans l'apoplexie.

Comme il a déjà été dit, on trouve sur les cadavres

---

(1) Voy. obs. v, p. 22 et 23; obs. xix, p. 59.

(2) On entend par lésion organique une altération de texture

des apoplectiques deux espèces de lésions que je vais successivement examiner. Les unes sont plus ou moins variables; les autres se montrent constamment.

§ I. Lésions variables.

Parmi ces lésions, il en est qu'il suffit seulement d'indiquer, pour montrer qu'elles sont purement accidentelles, quelque importance qu'on leur ait du reste accordée. De ce nombre sont diverses lésions des organes contenus dans la poitrine ou même dans l'abdomen; des ossifications de la dure-mère ou de la faux du cerveau (1); des plaques osseuses ou cartilagineuses affectant les parois des artères de l'encéphale (2); des tumeurs de diverse nature développées dans le cerveau ou bien dans ses membranes; des adhérences très-fortes de la dure-mère au crâne; une étroitesse ou une forme particulière de cette cavité : circonstances qui peuvent, à la vérité, concourir à faire naître l'attaque d'apoplexie, mais qui, bien évidemment, ne sont pas la cause matérielle et immédiate des symptômes dont s'accompagne cette maladie.

---

telle, que la partie qui en est le siège ne peut jamais recouvrer son organisation primitive. Je me vois forcé d'étendre un peu la signification de ce mot, et de l'appliquer à toute espèce d'altération de nos organes appréciable aux sens, sans faire attention si le retour à l'état primitif est possible. Je lui donnerai souvent cette signification, que déjà plusieurs écrivains lui ont appliquée: sans cela, il me faudrait créer un nouveau mot ou employer une périphrase.

(1) Mayerus, *comm. litt.* an 1731, speci. 42. nº 2. — Scheidus, *diss. de duob. ossiculis in apoplect.* — Wepfer, *exercit. de loc. affect.*, etc. Obs. XXVII, XLII et XLVIII.

(2) Voy. obs. LXVII.

Ce qui se remarque assez constamment dans l'apoplexie, c'est un engorgement plus ou moins considérable des vaisseaux et des sinus de la dure-mère, et souvent une infiltration sanguine de la pie-mère, surtout du côté où s'est faite la rupture hémorrhagique. Cet état s'accompagne presque toujours de l'injection des vaisseaux extérieurs, et de ceux de la propre substance de l'encéphale, qui, quand on les coupe en l'incisant par tranche, versent un grand nombre de gouttelettes de sang. On observe presque aussi fréquemment l'engorgement sanguin du cuir chevelu. Il n'est pas rare non plus de rencontrer de larges ecchymoses sur le cou, la poitrine, et même les membres.

Ces diverses congestions ne se voient que dans les premiers jours de la maladie (1). Plus tard, c'est-à-dire au bout d'un mois ou six semaines, elles ont très-rarement lieu. Quoi qu'il en soit, ce fait semble évidemment démontrer qu'outre l'hémorrhagie de l'encéphale, il y a dans l'apoplexie un raptus de sang vers toute la tête, dont la durée ne se borne pas au court moment de l'attaque, mais se prolonge encore plusieurs jours : considération importante, presque entièrement négligée par les auteurs, et qui fournit des indications curatives fort utiles, ainsi qu'il sera dit au chapitre *du Traitement*.

§ II. Lésions constantes.

Elles sont au nombre de deux, savoir : l'épanchement de sang, et l'altération de la propre substance de l'encéphale.

1°. *Épanchement de sang*. Il y a constamment

(1) Voy. ci-dessus. p. 119 et 120.

du sang épanché dans l'apoplexie, et il se trouve toujours, avons-nous dit, dans le côté de l'encéphale opposé à la paralysie, à l'exception peut-être de quelques-uns des cas où le cervelet est le siége de l'hémorrhagie (1). Ce liquide s'offre sous différens aspects, suivant l'ancienneté de la maladie. Quand la mort est survenue promptement, au bout de trois ou quatre jours, par exemple, il est noirâtre, en caillots mous. Plus tard, il acquiert un peu de consistance, et perd un peu de sa noirceur; et si, par l'effet d'un traitement stimulant (2), ou par suite du raptus dont j'ai parlé (3), il y a renouvellement ou prolongation de l'hémorrhagie, on trouve en dehors de l'épanchement primitif, alors assez ferme, des couches de sang plus molles et presque semi-liquides. Après un mois ou six semaines, sa consistance devient graduellement plus considérable, et il ressemble assez au sang concrété qu'on trouve dans les tumeurs anévrismales. A une époque plus reculée, il devient encore plus compacte, d'une couleur rouge pâle tirant sur le jaune d'ocre. Enfin, après avoir subi d'autres changemens dans ses qualités physiques, à mesure que sa quantité diminue, il finit par être entièrement résorbé, comme nous en aurons de nombreux exemples (4).

---

(1) Voy. *ci-dessus*, p. 78.

(2) Voy. *ci-dessus*, obs. II, p. 15, et obs. III, p. 18.

(3) Voy. *ci-dessus*, p. 144.

(4) En décrivant l'état de l'encéphale dans les apoplexies anciennes, je devance un peu les faits, puisque, à la réserve de cinq, toutes les observations que j'ai rapportées jusqu'à présent roulent sur des maladies récentes; mais si je n'en eusse pas agi ainsi, l'histoire des lésions organiques eût dû être coupée en deux : inconvénient bien plus grand que cette légère anticipation.

Sa quantité dans les épanchemens récens varie depuis un ou deux gros jusqu'à quatre ou six onces. Quelquefois même, quoique assez rarement à la vérité, elle peut être beaucoup moins ou beaucoup plus considérable encore : de là la gravité plus ou moins grande des symptômes, et ce qu'on peut appeler les degrés de la maladie. Ainsi, un petit épanchement, son siége restant toujours le même, occasionnera un étourdissement, qui pourra ne pas aller jusqu'à la perte de la connaissance, et produira la cécité, la paralysie de la langue, ou une faiblesse prolongée d'un des côtés du corps; tandis qu'un plus considérable amènera une perte complète de connaissance avec hémiplégie, et un plus considérable encore fera tomber dans un assoupissement qui, s'accompagnant de la résolution générale des membres, conduira promptement à la mort; ce qui arrive dans les apoplexies dites foudroyantes.

Rien, comme on voit, n'est plus facile que de trouver par la pensée les trois degrés suivant lesquels la plupart des auteurs divisent l'apoplexie, savoir, l'apoplexie faible, l'apoplexie moyenne, et l'apoplexie forte; ou bien les quatre degrés admis par Bayle (1), ou seulement les deux qu'Hoffmann croit devoir reconnaître (2) d'après Hippocrate (3). Mais ces distinctions, utiles quand on se borne à considérer la maladie d'une manière théorique générale, deviennent, par leur arbitraire, impossibles à suivre dans une description pratique détaillée. En

(1) *Tractatus de apoplexiâ*, p. 12.

(2) *Opera omnia; Diss. de apoplexiâ*, tom. II, p. 120.

(3) Aph. XLIII, sect. 2, *edente* Foësio, p. 124.

cherchant alors à les appliquer, on tombe dans l'inconvénient qu'il y aurait à établir quatre ou cinq degrés de pneumonie, d'après l'étendue plus ou moins considérable de l'hépatisation : évidemment on suppose des distinctions tranchées là où la nature passe de l'une à l'autre par nuances insensibles.

C'en est assez, il nous semble, d'établir d'une manière générale les rapports de graduation qui se trouvent entre les symptômes et la cause dont ils dépendent, c'est-à-dire l'épanchement de sang et la déchirure de l'encéphale. Par-là on est conduit sans peine à concevoir comment l'action de cette double cause ne pouvant peut-être jamais se trouver absolument égale de chaque côté, il n'y a, dans la plupart des cas d'épanchemens doubles, paralysie que d'un seul côté du corps (1). Cette proposition ne contredit en rien la remarque que nous avons faite plus haut, savoir, qu'un épanchement très-considérable d'un seul côté amène la paralysie générale (2).

2°. *Lésion de la substance cérébrale.* L'hémorrhagie a ordinairement lieu dans l'épaisseur de l'encéphale, plus rarement à l'extérieur de cet organe, ou sur quelque point de la surface des ventricules. Dans la première supposition, le sang est contenu dans des poches caverneuses que Wepfer et Morgagni comparent aux sacs des anévrismes, et qui, assez ordinairement fermées de toutes parts, communiquent, dans d'autres cas, avec les ventricules, ou s'ouvrent à l'extérieur du cerveau par de véri-

---

(1) Voy. *ci-dessus*, obs. IV, p. 21.
(2) Voy. *ci-dessus*, p. 142.

ce qui a lieu, et on en retrouve toujours des parties assez considérables mêlées avec les caillots, surtout du côté où ils reposent sur la déchirure. On voit là une véritable perte de substance, une espèce d'érosion que supporte une légère couche jaunâtre, molle, et souvent épaisse tout au plus d'un quart de ligne.

Telles sont les lésions de l'encéphale dans l'apoplexie récente. Elles subissent par la suite des changemens très-remarquables. Dans les cas de simples érosions, les surfaces ulcérées se cicatrisent peu à peu, à mesure que l'absorption du sang qui s'en était échappé s'effectue, et il arrive un temps où l'on ne trouve plus, à leur place, que des dépressions avec perte de substance plus ou moins larges et profondes, assez ordinairement lisses, et adhérant à l'arachnoïde par leur circonférence (1), si ce n'est dans les ventricules, où elles restent libres de toute adhérence (2). Existe-t-il des cavernes? Leurs parois se rapprochent après l'absorption des caillots de sang; elles se cicatrisent aussi, elles. Alors on les voit presque toujours assez lâchement unies par un entrecroisement de liens celluleux ou vasculaires qui forment différentes aréoles, entre lesquelles se trouve contenu un liquide ichoreux, roussâtre, plus ou moins abondant, quelquefois jaunâtre et comme gélatineux. Ordinairement plus denses que le reste du cerveau, ces parois offrent, dans l'épaisseur d'une ligne ou deux, une teinte jaunâtre, rouge, couleur de rouille

(1) *De sed. et caus. morb.*, etc., epist. II, art. 16. — Calmeil, *De la paralysie chez les aliénés*, p. 259. — Scoutetten, *Arch. gén. de méd.*, janvier 1825, p. 35

(2) Riobé, *Observations propres à résoudre*, etc.; *Diss. inaug.* 1814, p. 27, obs. 11e.

Quand c'est à l'extérieur du cerveau (1), ou sur quelque point des ventricules que l'hémorrhagie s'opère, le ramollissement jaune est moins facile à reconnaître, et toujours il est moins marqué. La chose ne doit pas surprendre. En effet, on conçoit sans peine que le sang n'étant alors retenu par aucun obstacle, peut, en s'épanchant, entraîner avec lui la portion de substance cérébrale ramollie. C'est aussi

---

avec un peu de soin, il est parlé du ramollissement dont nous venons d'exposer les remarquables caractères (*a*). A plus forte raison doit-on s'attendre à le voir figurer dans les ouvrages spécialement destinés à l'apoplexie : aussi est-il expressément mentionné par M. Moulin (*b*), et très-exactement décrit par M. Serres, dans les sept observations qu'il a publiées sur l'apoplexie cérébrale (*c*). Ces deux auteurs insistent, en même temps, sur des faits propres à prouver qu'à la surface interne des cavernes formées par la déchirure de la substance du cerveau, se trouve aussi l'orifice des vaisseaux capillaires rompus (*d*). Mais ce soin me semble vraiment superflu, puisque la déchirure d'un tissu quelconque entraîne nécessairement celle de ses capillaires. Il n'en est pas de même pour les artères d'un certain calibre, ou plutôt pour les artérioles qu'on ne trouve presque jamais déchirées dans leur trajet à travers la pulpe encéphalique. Cependant M. Michelet en a rencontré une ostensiblement rompue au milieu d'un caillot de sang alongé, gros comme une plume de corbeau (*e*).

(1) Il ne me paraît pas y avoir une grande différence entre l'hémorrhagie de la surface extérieure du cerveau et celle que M. le professeur Cruveilhier appelle apoplexie des circonvolutions (*f*).

(*a*) Rostan, *Recherches sur le ramollis.*, etc., deuxième édition, obs. 77, p. 358. — Richarme, obs. XII, p. 41 de ces *Recherches*. — Guibert, *Archives gén. de méd.*, etc., octobre 1827.

(*b*) *Traité de l'apoplexie et des hydrocép.*, etc., p. 53.

(*c*) *Annuaire méd. chirurg. des hôpitaux*, de la p. 334 à 358.

(*d*) Moulin, *op. cit.*, p. 53. — Serres, *op. cit.*, p. 358.

(*e*) *Essai sur les rougeurs de la subst. cérébrale* ; *Diss. inaug.*, 1829, n° 59, p. 16.

(*f*) *Dict. de méd. pratique*, tom. 3, p. 206.

de cavernes. M. Lenormand prétend en avoir trouvé quarante de ces dernières chez un même sujet (1). C'est une assertion évidemment exagérée, ou bien elle repose sur un fait étranger à l'apoplexie simple. M. Cruveilhier en a vu quinze, ce qui est assurément beaucoup (2). M. Moulin et Abercrombie en ont trouvé chacun quatre, aussi sur un même individu (3); chose déjà assez rare.

Quoique décrites assez exactement par Wepfer, Conrad Brunner et Morgagni (4), les diverses cicatrisations de l'encéphale étaient restées inconnues à la plupart des médecins. Les cavernes elles-mêmes, malgré leur fréquence, n'étaient pas plus remarquées. En vain M. Prost les indiqua-t-il de nouveau en 1804 (5), et Marandel en 1807 (6); on n'y fit aucune attention. Nous ne fûmes pas plus heureux en 1812, M. Fodéré et moi (7). Enfin, en 1814, M. Riobé parvint à se faire entendre (8); il parla, à peu près comme je viens de le faire, des cicatrices suites de l'apoplexie, lesquelles sont, depuis lors, au nombre des faits les

(1) *Diss. sur les hémorr. céréb.*, etc., août 1810, p. 24.

(2) *Nouvelle bib. méd.*, novembre 1825, p. 512.

(3) *Traité de l'apoplexie*, etc., p. 68. — *Pathological and anatomical researches on the diseases of the brain*, etc., p. 263.

(4) *Historiæ apoplecticorum*, etc. *De apoplexiâ fortissimâ post quinquennium*, etc., p. 355 et 358. — *De sed. et caus. morb.* etc. epist. II, art. 16; epist. III, art. 6 et 7.

(5) *La Médecine éclairée par l'ouverture des corps*, tom. II, p. 441.

(6) *Essai sur les irritations*, p. 64.

(7) *De apoplexiâ desquisitio*, etc., p. 42. — *Propositions sur l'apoplexie*, mai 1812, p. 16, prop. XVII.

(8) *Observations propres à résoudre cette question; l'apoplexie*, etc.; *Diss. inaug.*, 1814.

mieux avérés en anatomie pathologique (1). Seulement il me semble s'être un peu écarté de la vérité, en supposant qu'elles se font ordinairement par l'organisation d'un kyste accidentel, lisse, et semblable à celui que j'ai mentionné un peu plus haut (page 151); tandis que ce mode de guérison me semble le plus rare, et ne s'est guère présenté à mon observation qu'une fois sur cinq ou six, où je trouvais la cicatrisation opérée par des liens vasculaires.

La formation des cicatrices cellulo-vasculaires, le développement des kystes, l'endurcissement de la substance cérébrale, ses changemens de couleur, etc., sont autant de phénomènes qu'on ne peut s'empêcher de considérer comme les conséquences plus ou moins directes des solutions de continuité dont la substance cérébrale a pu être le siége (2). En doit-on dire autant de ce ramollissement pulpeux, jaunâtre, qui dans les apoplexies récentes supporte ou enveloppe tous les points des surfaces déchirées? C'est ce que nous allons voir.

Avant 1814, personne ne l'avait étudié sous un point de vue général (3), et ne paraissait croire que

(1) Lerminier, *Annuaire méd. chirurg.*, etc., p. 215 et suiv.— Hervez de Chégoin, *Bib. méd.*, novembre 1821, p. 227.—Cruveilhier, *Essai sur l'anat. path.*, tom. II, p. 49.— Béclard, *Anatomie générale*, p. 651.

(2) Outre les altérations qui viennent d'être décrites, on voit encore les déchirures apoplectiques donner lieu à une atrophie plus ou moins considérable des portions de l'encéphale où elles ont lieu. Le fait, très-remarquable, de ce genre, observé par M. Fauconneau-Dufresne (*a*), se répète assez fréquemment parmi les vieillards de Bicêtre.

(3) Hunter avait rencontré *quelquefois* le ramollissement des

(*a*) *Arch. gén. de méd.*, janvier 1829, p. 139.

son développement dût remonter à un temps bien antérieur à l'époque de l'hémorrhagie. Depuis lors, beaucoup de médecins, qui ne l'ont pas toujours trouvé, parce qu'ils n'ont pas toujours eu la patience de le chercher, le regardent comme accidentel, et produit, dans tous les cas, par l'inflammation de la substance cérébrale, et par son contact avec le sang (1). Mais cette opinion spécieuse, et peut-être soutenable quand la maladie s'est prolongée cinq ou six jours, cesse de l'être, lorsqu'après une maladie de quelques heures de durée, on trouve la substance cérébrale ramollie dans une épaisseur de plusieurs lignes (2). Elle n'est pas moins victorieusement combattue par la considération des faits analogues qui nous montrent, dans des ruptures instantanément mortelles du cœur (3), des poumons (4), de la rate (5), un ramollissement considérable du tissu propre de ces organes, autour de toutes leurs solutions de continuité (6). Dans tous ces cas, il est évident que le développement de la lésion organique a précédé la dernière catastrophe (7).

---

parois des cavernes apoplectiques (Baillie, *Anatomie pathol.*, p. 455) ; mais il s'était borné à *noter* ce fait, qui n'avait pas non plus échappé à Morgagni (*De sed. et caus.*, etc., epist. II, n° 22).

(1) Moulin, *Traité de l'apop.*, etc., p. 53.—Johnson, *Med. chir. review*, juin 1820, p. 15.

(2) Voy *ci-dessus*, obs. XX, p. 63.

(3) L. Rochoux, *des Ruptures du cœur, et principalement de celles produites par le ramollissement de son tissu ; Diss. inaug.*, août 1822, n. 215.

(4) Bayle, *Revue médicale*, avril 1828. — Duret, *Journal universel*, janvier 1827.

(5) Duret. —Bailly, *Traité anat. path des fièvres*, etc., p. 216.

(6) *Dict. de méd.*, tom. XVIII, *art.* RUPTURE.

(7) Ce sont sans doute de pareilles observations qui ont fait dire à M. Andral (*Précis d'anat. path.*, tom. II, p. 765) que si

On a une raison de plus pour croire qu'il en est toujours de même à l'égard de l'encéphale, en voyant ses déchirures affecter habituellement, mais non exclusivement, les corps striés, parties où le tissu nerveux, rare et parcouru par des vaisseaux nombreux très-apparens, est très disposé aux solutions de continuité, Il faut donc, quand elles s'opèrent en tout autre endroit, comme il arrive assez souvent, que des parties de l'encéphale naturellement plus résistantes que d'autres le soient devenues moins, en un mot, aient éprouvé un affaiblissement, une altération quelconque dans leur tissu.

Si, malgré cela, on croyait, avec M. Bricheteau, pouvoir renverser un fait que tant de preuves appuient, en le déclarant incompatible avec l'absence habituelle des symptômes précurseurs dans l'apoplexie (1), il serait aisé de répondre que les tubercules pulmonaires (2), et la plupart, pour ne pas dire toutes les lésions organiques, font de très-grands progrès avant de donner aucun signe de leur exis-

---

le ramollissement du cerveau se développe souvent après l'hémorrhagie, il la précède souvent aussi. Quant à M. Gendrin, qui admet l'existence d'un ramollissement idiopathique non inflammatoire, il ne l'envisage pas comme précédant l'apoplexie (*Hist. anat. des inflammations*, tom. II, p. 584); mais M. Louis se prononce, sans hésiter, pour l'affirmative, touchant cette question de pathologie. (*Mémoires ou recherches. ... des morts subites*, p. 497.)

(1) *Journal complémentaire*, etc., août 1818, p. 138. —Trousseau, *la Clinique des hôpitaux*, etc., 1829, p. 35 —M. Cruveilhier n'admet l'existence du ramollissement avant l'attaque que dans de très-rares exceptions, se fondant aussi, lui, sur l'absence habituelle des symptômes précurseurs. (*Dict. de méd. prat.*, tom. III, p. 214.)

(2) Bayle, *Traité de la phthisie pulm.*

tence (1) ; qu'on voit assez souvent chez les phthisiques le ramollissement *pulpeux* du cerveau ne donner lieu à aucun accident appréciable (2). Bien assurément il en est de même dans cette altération particulière, qui, parvenue à un certain degré de dégénérescence, produit tout à la fois la rupture et l'hémorrhagie du tissu nerveux, et que, pour cette raison, j'appellerai ramollissement *hémorrhagipare* (3).

Frappé de la fréquence des déchirures de l'encéphale, Bichat l'attribuait à une fragilité particulière et à la ténuité de ses vaisseaux capillaires (4). Hodgson a émis une idée fort analogue, en les supposant dépourvus d'enveloppe celluleuse ; ce qui les fait se rompre, au lieu de céder à la distension, comme les vaisseaux des autres organes (5). Suivant M. Bouillaud, l'apoplexie serait toujours produite par une inflammation chronique des principales divisions des artères cérébrales, parvenue peu à peu, au point d'amener leur brusque rupture (6). Abercrombie sup-

---

(1) *Dict. de méd.*, tome XIII, *art.* LÉSION ORGANIQUE.

(2) Louis, *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, obs. II, p. 24 ; obs. VII, p. 145.

(3) M. Pariset, qui n'a jamais pu présenter une vérité sans la défigurer aussitôt par quelque erreur, semble croire qu'un ramollissement de l'encéphale, une véritable altération de son tissu, amène et précède toujours l'apoplexie. Mais il prétend en même temps que la lésion encéphalique est elle-même *toujours* déterminée par un anévrisme du cœur (*a*). Une pareille assertion est en opposition manifeste avec les résultats de la saine observation.

(4) *Anatomie générale*, tom. II, p. 279.

(5) *Traité des maladies des artères et des veines*, etc., p. 81 et 88, tom. I[er].

(6) *Nouv. mém. de la soc. méd. d'émul.*, tom. IX ; pag. 163.

(*a*) *Journal de l'empire*, 7 février 1814.

pose que, dans quelques cas, un semblable résultat a lieu par suite d'une altération organique des parois artérielles, sur la nature de laquelle il ne se prononce pas (1). Mais si les lésions admises par ces deux auteurs (2), et déjà bien indiquées par Hunter (3), ne sont pas rares dans l'apoplexie (4), il est peut-être encore plus ordinaire de les rencontrer dans des maladies de nature différente, seules ou conjointement avec des anévrismes, des tumeurs stéatomateuses, des ossifications, etc., des artères encéphaliques (5). D'ailleurs, ces diverses altérations des parois ar-

---

(1) *Pathological. and anat. researches*, etc., p. 242 et 243. Obs. CVIII, p. 250, altération organique des veines et du cerveau.

(2) « Très-souvent, en examinant les cerveaux des personnes avancées en âge, on trouve que les troncs des artères carotides, situés sur les côtés de la selle turcique, sont affectés de maladie, et que cette affection s'étend fréquemment, plus ou moins, dans les petites branches. » (Baillie, *Anatom. pathologique*, p. 433.)

(3) Le genre d'altération qu'éprouvent fréquemment les artères encéphaliques (*a*), est plutôt capable d'augmenter leur résistance que de la diminuer. En effet, elles sont rarement atteintes de cette espèce d'incrustation à la suite de laquelle Scarpa a vu si souvent les parois des grosses artères s'ulcérer (*b*). Ce sont, au lieu de cela, des plaques osseuses ou des plaques cartilagineuses, ou bien une simple augmentation d'épaisseur des parois artérielles, due au développement d'une matière d'apparence fibreuse; toutes circonstances peu propres à amener des déchirures.

(4) Voy. l'obs. LXVII de *ces Recherches*. — Abercrombie, *op. cit.*, p. 234 et 243.

(5) Hodgson, *Traité des malad. des artères*, tom. I, p. 70 et 89. — Freer, *Observ. on ancevrisme and*, etc., p. 43. — Willis, *pars. 2ª pathologica*, etc., p. 375. — Bouchet, *Recherches sur l'encéph. des vieillards; Diss. inaug.*, janvier 1827, p. 15. — Abercrombie, *Pathologic. and. anat. researches*, etc., p. 88 et 251. — Baillie, *Trait. d'anat. pat.*, p. 436.

(*a*) Cruveilhier, *Dict. de méd. prat.*, t. III, p. 215.

(*b*) *Recherches et obs. anat. chir. sur l'anévrisme.*

térielles, ordinairement bornées aux branches principales, n'atteignent pas les vaisseaux capillaires, et cependant ce sont eux qui se rompent dans l'hémorrhagie encéphalique. Il faudrait donc admettre que, contrairement aux apparences, ils participent à l'altération de leurs troncs. Mais comme, dans cette supposition, il est évidemment impossible de séparer les affections des vaisseaux capillaires de celles de l'organe auquel ils appartiennent, ce serait, en changeant les expressions, placer le siége du ramollissement hémorrhagipare dans la pulpe nerveuse elle-même, et peut-être aussi reconnaître avec nous que, soumis, dans son développement et toutes ses conséquences, à des conditions anatomiques qui nous échappent, il n'a de liaisons connues avec aucune lésion vasculaire appréciable.

Peu éclairés sur sa véritable cause, nous ne sommes guère mieux en état de déterminer au juste sa nature. Nous pouvons cependant assurer, sans crainte d'erreur, qu'il diffère essentiellement du ramollissement inflammatoire, que les travaux de MM. Lallemand et Rostan nous ont fait connaître avec tant d'exactitude. Celui-ci est si rarement susceptible de guérison qu'on pourrait presque le dire incurable. Le ramollissement hémorrhagipare, au contraire, tend évidemment à guérir; il guérit même dans la plupart des cas; et cette différence entre la marche des deux maladies établit entre elles une démarcation des plus tranchées. Dégagés à cet égard de toute espèce de doutes, nous n'en devons pas conserver davantage, d'après l'appréciation des lésions organiques, à laquelle nous venons de nous livrer, sur la véritable nature de l'apoplexie; nous croyons dès-lors pouvoir, avec juste raison, la définir

une hémorrhagie par rupture, suite d'une altération du tissu propre de l'encéphale (1).

Maintenant qu'il est facile d'assigner la place de cette affection dans un cadre nosologique, il ne l'est pas moins de pénétrer les raisons qui jusqu'ici l'ont fait ranger parmi les névroses (2) : c'est la grande analogie qui existe entre les symptômes de l'hémorrhagie encéphalique et ceux des affections purement nerveuses. Cela ne pouvait être autrement, puisque l'organe affecté est l'aboutissant de tous les nerfs. Mais si l'on ne doit appeler névrose qu'une affection du système nerveux indépendante de toute lésion physique appréciable, ce nom ne saurait évidemment convenir à l'apoplexie.

SECTION II.

DES COMPLICATIONS LES PLUS ORDINAIRES DE L'APOPLEXIE.

Il y a des complications que l'on observe fréquemment, et qui sont de nature à influer d'une manière

---

(1) Si, au lieu de faire du mot apoplexie le nom exclusif de l'hémorrhagie encéphalique, on croyait devoir l'étendre à un genre entier de maladies, ce ne devrait plus être, comme autrefois, en l'appliquant à tous les cas susceptibles de présenter quelque analogie de symptômes, mais en le réservant pour désigner certaines ruptures subites des parenchymes organiques, précédées de leur altération, et suivies d'hémorrhagies plus ou moins graves. Cette classe d'affections que l'usage paraît déjà vouloir comprendre sous le terme générique d'*apoplexie*, présenterait des caractères anatomiques tranchés, et bien propres à établir entre elles un rapprochement méthodique.

(2) Sauvage, *Nosolog. metho.*, tom. I, p. 845. — Pinel, *Nosog. philosophique*, tom. III, p. 55. — Chomel, *Nouv. dict.*, tom. I, p. 162. — Zuliani, *De apoplexiâ præsertim nervosâ*, p. 33.

remarquable sur la maladie principale. Il en est d'autres, au contraire, qui, liées avec elle par des rapports moins nombreux, ne lui impriment pas de changement notable, et se présentent, pour ainsi dire, accidentellement. Il serait par conséquent déplacé de les étudier toutes avec une égale attention. Je choisirai donc, parmi les nombreuses affections qui peuvent compliquer l'apoplexie, celles de la première espèce. Cependant, bien que sa complication avec la fièvre soit en général assez rare, je me réserve d'en dire quelques mots, à cause de l'importance que l'on a attachée à l'aphorisme dans lequel elle est indiquée de la manière suivante : « Les individus qui, étant en bonne santé, sont pris tout à coup de céphalalgie accompagnée de mutité et de sterteur, meurent en quelques jours, à moins qu'il ne se déclare de *la fièvre* (1). »

Cette sentence a beaucoup occupé les médecins. Les uns l'ont adoptée comme vraie (2); les autres ont paru chercher à la combattre (3); d'autres n'ont

---

(1) *Ὁκόσοισιν ὑγιαίνουσιν ὀδύναι γίγνονται ἐξαίφνης ἐν τῇ κεφαλῇ, και παραχρῆμα ἄφωνοι κεῖνται, και ῥέγχουσιν ἀπόλλυνται ἐν ἑπτὰ ἡμέρῃσιν ἢν μὴ πυρετὸς επιλαβῃ* sect. VI, aph. 51, *edente* Foësio.

(2) A febre prima spes salutis emerget. Ætius, d'après Archigène, *De cognos. et curand. morbis*, p, 253.—Frid. Hoffmann, *opera omnia; Diss. de apopl.* tom. IV, p. 134. — Ponsard, *Taité de l'apoplexie*, p. 96.

(3) Prudenterque admonuit, rarissimam esse febrim quæ, apoplexiæ superveniens, hanc solvat quin ipsam non raram earumdem combinationem, simul lethali exitu terminari cum ill. Helvetio Vratisliensium quem Sthalianæ hypothesi addictorum doctissimum salutat, fatetur licet nec nostro seculo exempla felicis, dicto in casu eventus planè defuerint. P. Gott. Wherlhoff. *De limit. laud. et vituper.*, etc. *Comm. litt.*, anno 1734, hebd. 49.

guère su quel parti prendre à cet égard (1). L'étude seule de la nature pouvait lever toute espèce de doute (2) ; elle est encore à confirmer l'aphorisme attribué à Hippocrate (3). Si l'on persiste à croire que la pureté du texte de cet aphorisme n'a pas pu être altérée, et si l'on est convaincu en même temps qu'il est le fruit de l'observation exacte des faits, il faut convenir au moins qu'on ne saurait en aucune manière l'appliquer à l'apoplexie, et que nous ignorons encore quelle est la maladie dont l'observation a pu lui donner lieu.

Il est aisé de voir qu'une fièvre continue prolongée, comme veut dire sans doute le mot lente, qui survient après une attaque d'apoplexie, doit, quelle que soit sa nature, entraîner un grand danger, et même devenir mortelle, l'état de dilacération dans lequel se trouve le cerveau ne pouvant qu'être aggravé par toute espèce de mouvement pyrétique, dont à son tour il augmente les fâcheux effets. L'auteur des *Prénotions coaques* a donc émis une opinion réellement appuyée sur l'expérience clinique, lors-

---

(1) Pros. Martianus, *De morb.* lib. II, vers. 67, p. 170. — Fodéré, *De apopl.*, etc. p. 5.

(2) Van-Swieten n'est pas embarrassé pour expliquer l'aphorisme cinquante et un. Il suppose une espèce d'apoplexie produite par l'épaississement du sang. Il admet ensuite que la fièvre a l'efficacité de dissiper cet état morbifère, et par conséquent aussi le mal dont il est la cause. *Comm. in aph.* Boerhaavii, § 1017.

(3) En voyant ce même aphorisme inséré dans le livre *de judicat.*, p. 56, puis répété deux fois dans le second livre *de morbis*, p. 463 et 468, l'idée m'est venue qu'il aurait bien pu passer, par l'erreur de quelque copiste, de ces livres dans les aphorismes auxquels il était probablement étranger dans l'origine. Cela étant, il y aurait dans les écrits d'Hippocrate une proposition de moins, en opposition avec la vérité.

qu'il a dit : « L'apoplexie, qui pourrait guérir, entraîne la mort quand il survient une fièvre lente (1). » Cette proposition, chaque jour vérifiée auprès des malades, n'avait assurément pas besoin d'être appuyée sur le long commentaire que lui a consacré Duret (2).

Pour ne pas donner lieu à une pareille remarque à mon égard, j'en finis avec la fièvre, et j'arrive aux complications qu'on a assez souvent occasion d'observer dans l'apoplexie.

Cette affection ne se termine pas toujours par la mort ou par une guérison franche : elle laisse, avons-nous dit, beaucoup de malades dans un état de santé douteux. C'est principalement dans ces circonstances que l'on est à même de voir l'épanchement séreux des ventricules et le ramollissement de l'encéphale. Nous allons consacrer à chacune de ces deux affections un article d'observations particulières ; dans un troisième article, nous les considérerons sous un point de vue général.

ARTICLE PREMIER.

Épanchement séreux consécutif. Observations particulières.

TRENTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Épanchement séreux, consécutif à une apoplexie du corps strié et de la couche optique gauches.

Brunet (Antoine), âgé de soixante-huit ans, de Paris, d'un tempérament sanguin-lymphatique, d'un

(1) *Coacæ prænot.*, nº 480, p. 194, *edente* Foësio.
(2) *Comm. in coac.* Hippoc., p. 456.

embonpoint médiocre, sans état, avait éprouvé un très-grand chagrin à la mort de sa femme. Ses regrets, très-vifs, duraient depuis trois mois sans que sa santé parût en souffrir, lorsqu'en marchant dans la rue, le 18 novembre 1810, il tomba tout à coup, saisi d'un étourdissement avec perte presque complète de connaissance, rien n'ayant annoncé cet accident. On le relève, et il vient à bout de faire comprendre par signes l'endroit où il veut être porté. (*Tart. stib.; org.*) Le lendemain, il peut prononcer quelques mots, et on s'aperçoit qu'il est hémiplégique du côté droit. (*Arnica*, *valériane.*) Peu à peu les mouvemens du côté paralysé reviennent, ainsi que la parole; mais il reste une grande confusion dans les idées. Le malade n'éprouve ensuite aucune amélioration sensible, jusqu'à l'époque de son entrée à la maison de Santé, le 8 décembre suivant. Ce jour-là, idées sans suite, mouvemens libres de tous les membres, et cependant impossibilité de marcher; pouls fréquent, sommeil, appétit, ventre peu libre. (*Vésicat. nuq.; jul. éther.; orang.; poud. cath. à diverses reprises.*)

Au bout d'environ six semaines, Brunet, quoique toujours faible, surtout du côté droit, commença à pouvoir marcher dans les salles; cependant il restait plongé dans un état de véritable enfance, pleurant quand on lui parlait, riant ensuite, puis pleurant de nouveau; du reste, buvant, mangeant et dormant comme en parfaite santé. Il atteignit ainsi le milieu de 1811. A cette époque, les forces commencent à baisser. Pour éviter les chutes, dont, malgré cela, il est loin de pouvoir se préserver, le malade est obligé de marcher, ou plutôt de courir à petits pas très-précipités, rasant en quelque sorte le carreau avec

ses pieds (1). Le reste de ses facultés intellectuelles se perd graduellement, et vers le commencement de 1812 il est dans un état complet d'idiotisme, ne prononçant plus que quelques paroles rares en pleurant: l'appétit néanmoins se conserve entier; ce qui n'empêche pas les forces de diminuer de plus en plus.

Vers le mois de mai, Brunet ne peut plus quitter le lit. Comme une sorte d'inquiétude le porte à se remuer machinalement, on est obligé de le tenir constamment dans la camisole pour l'empêcher de tomber. C'est ainsi qu'après un affaiblissement graduel, il mourut le 26 août suivant, après une agonie de plusieurs jours, qui, à part sa durée, n'a offert rien de remarquable.

Pendant les premiers temps de son séjour à la maison de Santé, Brunet a pris presque constamment une potion éthérée, tantôt simple, tantôt avec addition de valériane, ayant pour boisson habituelle une infusion de feuilles d'oranger. Pour remédier à la constipation, on lui donnait fréquemment de la poudre cathartique, ou des pilules aloétiques. Il ne prenait plus que ce dernier remède, et encore fort irrégulièrement, dans les deux ou trois derniers mois de sa vie.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Maigreur considérable, sans pourtant être extrême.

---

(1) Ce fait peut être rapproché des expériences et des observations que MM. Magendie, Piedagnel et Itard ont consacrées à l'étude des mouvemens plus ou moins désordonnés, en tout ou en partie involontaires, qu'il est possible d'observer sur l'homme et des animaux (*a*).

(*a*) *Précis élém. de physiol.*, tom. I, p. 337. — *Journ. de physiol.*, tom. III, p. 249. — *Arch. gén. de méd., mémoire sur* etc., tom. VIII, p. 385.

Crâne. La dure-mère, pâle, contenait une très-petite quantité de sang dans ses vaisseaux et ses sinus. Il y avait environ une once et demie de sérosité dans les ventricules latéraux, et beaucoup plus d'infiltrée entre la pie-mère et l'arachnoïde, ou d'épanchée à la base du crâne. Dans la partie moyenne de l'hémisphère droit du cerveau, au niveau du corps calleux, se trouvait une vacuole à loger une lentille, irrégulière et remplie d'un liquide séreux. Il y avait entre la couche optique et le corps strié gauches une cavité irrégulièrement arrondie, de six à sept lignes de diamètre. Ses parois appliquées l'une contre l'autre, et parcourues par des vaisseaux qui semblaient rompus, avaient un aspect villeux. Elles étaient d'un jaune brun dans l'épaisseur d'un quart de ligne, légèrement humectées de sérosité. Au-delà, la substance cérébrale n'était pas sensiblement altérée, et, dans tout le reste de sa masse, n'offrait aucune altération appréciable.

Poitrine. Les poumons, le cœur et les gros vaisseaux étaient dans l'état normal.

Abdomen. La vésicule biliaire contenait une quantité remarquable de bile foncée en couleur. Les gros intestins étaient remplis et distendus par une très-grande quantité de matières fécales. Les autres viscères de l'abdomen n'offraient rien que de naturel.

TRENTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

Épanchement consécutif de sérosité dans les ventricules du cerveau et l'arachnoïde externe.

Millaudon (Marie), âgée de soixante-neuf ans, d'Avignon (Vaucluse), sans état, d'un tempérament sanguin-nerveux, petite, maigre, brune, avait eu, il

y a environ trois mois, une attaque d'apoplexie, pendant laquelle elle était restée plusieurs jours sans connaissance. Revenue de cet état, elle n'avait jamais bien repris le libre usage de ses facultés intellectuelles, et était paralysée de tout le côté droit. Il ne s'était opéré aucun changement remarquable jusqu'à son entrée à la maison de Santé, le 29 décembre 1810. Ce jour-là, peu de liaison dans les idées, même hémiplégie; du sommeil, de l'appétit, ventre assez libre. (*Jul. de val. éther.; tis. d'oran.*) Rien de remarquable jusqu'au 8 janvier 1811. Le 9, un peu d'assoupissement dans la soirée. (*Jul. éther.; orang.*) Le 10, assez bien dans la matinée. Le soir, du délire, peu de sommeil. Les 11 et 12, état ordinaire. Le 13, agitation toute la nuit. (*Mxt. huil.; org.; jul. cal.*) Le 14, un peu de toux, enrouement; depuis quelques jours, ventre resserré. (*Mxt. huil.; org.; huil. ric.* ℥ß.) Trois ou quatre selles. Le 15, nuit agitée. Le 16, dans la soirée, assoupissement qui survient assez promptement. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Maigreur remarquable.

Crâne. Environ deux onces de sérosité sanguinolente épanchée dans l'arachnoïde externe, plus abondamment du côté gauche. Quelques gouttes de sang dans la fosse temporale moyenne de ce côté. Infiltration séreuse de la pie-mère.

Le cerveau était d'une fermeté très-grande, presque dur, et contenait, dans ses ventricules latéraux, à peu près deux onces de sérosité légèrement trouble. Dans la partie externe du corps strié gauche, se trouvait une caverne irrégulièrement alongée, d'un

pouce cube de capacité, remplie en partie d'un sang couleur de terre de *Sarguemines*, fibreux, filamenteux. Cette cavité communiquait, par une petite ouverture, avec le ventricule latéral. Ses parois étaient plus fermes que le reste de la substance cérébrale, et conservaient, dans l'épaisseur de quelques lignes, une couleur d'un jaune rouge-clair.

Poitrine et abdomen. Les organes de ces deux cavités n'offraient aucune altération sensible.

TRENTE-HUITIÈME OBSERVATION.

Épanchement de sérosité consécutif à une seconde attaque d'apoplexie. Lésion organique du cœur. Rhumatisme articulaire.

Labrosse (Jean-Baptiste), âgé de cinquante ans, de Villeneuve (Seine-et-Marne), cordonnier, d'un tempérament bilieux-sanguin, bien constitué, cheveux noirs, teint brun, un peu maigre, avait les articulations de la plupart des doigts gonflées et déformées, à la suite d'accès de goutte qui, depuis environ douze ans, s'étaient manifestés presque tous les six mois. Depuis un an, il n'en avait pas ressenti d'atteinte. Il y a deux mois, il fut pris tout à coup d'un très-grand embarras dans la parole, accompagné d'étourdissemens, sans perte de connaissance, et en même temps il éprouva une grande gêne dans la respiration. Ce dernier accident persista; mais la liberté de la parole revint assez promptement, et au bout de peu de jours il reprit ses occupations accoutumées.

Le 1er novembre 1811, la gêne de la respiration devint tout à coup très-considérable, et força le malade à garder le lit. On s'aperçut alors qu'il était

très-faible, ou plutôt hémiplégique du côté gauche. (*Sinap.; orang.*) L'oppression va chaque jour en augmentant, l'hémiplégie persiste. Le 6, jour de l'entrée à la maison de Santé, gêne très-grande de la respiration, qui est un peu râlante; hémiplégie, idées assez suivies, seulement quelque chose d'enfant dans l'expression générale; un peu de tendance à l'assoupissement: pouls, quatre-vingt-seize; ventre peu libre. (*Mxt. expect.; poud. relâch. gr.* xx.; *org.; vésicat. poit.*)

Les 7 et 8, même état, respiration toujours râlante, oppression très-forte par intervalles. Pas de selle: pouls, quatre-vingt-seize. (*Mxt. expect.; poud. relâch.* ʒß; *org.*)

Le 9, respiration un peu plus libre, une selle, sommeil assez bon.

Les 10 et 11, beaucoup moins d'oppression, quelque peu de toux, n'expectore pas: pouls, soixante-douze. (*Même prescript.*)

Le 12, la respiration cesse d'être râlante; ventre assez libre.

Le 15, quelques douleurs vagues dans les membres toux la nuit.

Le 16, douleur dans le côté de la poitrine, toux pouls, quatre-vingt-quatre; langue bonne, une selle (*Même prescription. Huit sang. côté.*) Pas de sommeil.

Le 17, trouble dans les idées; pleure comme un enfant.

Les 18 et 19, à peu près même état, ventre libre, peu ou pas de gêne dans la respiration. (*Jul. éther.; orang.*)

Jusque vers la fin du mois, il ne se présente rien de remarquable.

Le 1er décembre, l'appétit, qui jusque-là avait été bon, se perd entièrement; la parole s'embarrasse: pouls fréquent, cent vingt.

Le 2, soif, oppression, de la toux, parole moins intelligible. (*Jul. éther.; orang.*)

Le 3, la respiration redevient râlante. Le 4, elle est encore plus gênée: il survient un érysipèle au pied gauche. Le malade a très-peu de connaissance. (*Mxt. senek. liq. Hoff.* ℈ij.; *orang.*)

Le 5, chute des forces, visage pâle, cadavéreux; extrémités froides, pouls insensible. Mort dans la journée.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Maigreur assez considérable.

Crâne. Légère adhérence de la dure-mère, dont les vaisseaux étaient médiocrement injectés. Infiltration d'une grande quantité de sérosité entre la pie-mère et l'arachnoïde de la face extérieure du cerveau. Trois ou quatre onces de sérosité légèrement sanguinolente, épanchée à la base du crâne. Les ventricules latéraux en contenaient environ deux onces, mais elle était limpide et incolore.

A la partie postérieure et externe du corps strié droit, dans le lieu de sa réunion avec l'hémisphère, se trouvaient deux petites cavernes, de cinq à six lignes de diamètre, incomplétement remplies par un liquide trouble et purulent. Leurs parois étaient molles, diffluentes dans l'épaisseur d'une ligne et demie ou deux lignes. Le corps strié gauche présentait, à sa partie interne, deux petites dépressions d'une ligne ou deux de diamètre. En incisant sur ces dépressions, on pénétrait dans deux petites cavités

qui pouvaient à peine loger le bout du petit doigt, contenant quelques gouttes d'un liquide séreux jaunâtre. La cloison transparente était percée d'un trou rond, de trois à quatre lignes de diamètre, dont la circonférence était bordée par un petit filet arrondi, d'une fermeté remarquable. Le reste de la masse encéphalique était parfaitement sain.

Poitrine. Le péricarde contenait deux ou trois onces de sérosité citrine. Le cœur, un peu plus gros qu'il ne l'est ordinairement, avait sa valvule mitrale déformée, épaissie, cartilagineuse. Les poumons étaient très-adhérens à la plèvre, gorgés de liquides, peu crépitans, surtout à leur base et à leurs bords postérieurs, et dans un état d'engorgement voisin de l'inflammation.

Abdomen. Les organes de cette cavité n'offraient aucune altération.

Les extrémités des os des doigts, dans cinq ou six articulations des premières et secondes phalanges, étaient augmentées de volume. Quelques-unes, un peu déformées, ne présentaient presque plus de traces de leurs cartilages articulaires. On voyait sur la plupart de petites excavations comme ulcéreuses, irrégulièrement arrondies, peu profondes, où l'os était à nu. Ces articulations ne contenaient presque pas de synovie, tandis que celles des autres doigts, dont les cartilages articulaires se trouvaient intacts, étaient, sous ce rapport, dans l'état ordinaire, et les ligamens des premières étaient gorgés d'un liquide rougeâtre.

Remarques. C'est évidemment l'épanchement de sérosité qui a amené la mort de Labrosse, quoiqu'il ait eu deux attaques d'apoplexie : la seconde dans le corps strié droit, et suffisamment caractérisée par l'augmentation subite de l'oppression et par l'hémi-

plégie; la première dans le corps strié gauche, et seulement accompagnée d'un embarras assez sensible dans la parole, joint à l'oppression, qui ne s'était pas entièrement dissipée depuis. J'ai donc cru pouvoir placer cette histoire parmi les cas d'épanchemens séreux consécutifs, bien qu'il y eût ramollissement du cerveau autour du siége de la seconde hémorrhagie; car, peu considérable, en comparaison de la quantité de sérosité épanchée, il a dû concourir pour peu de chose à produire les symptômes morbifiques qui se sont manifestés dans les derniers jours de la vie.

Il est difficile d'expliquer comment un épanchement dans le corps strié amène si souvent la paralysie de la langue, et produit quelquefois aussi l'oppression. Je sais bien que chez cet individu on pourrait l'attribuer en grande partie à la maladie du cœur; mais beaucoup d'autres sujets qui n'avaient pas cet organe malade, ont présenté assez souvent le symptôme qui nous occupe, pour nous mettre en droit d'en établir la manifestation, à la suite d'une hémorrhagie dans le corps strié, comme n'étant pas fort rare (1). Peut-être expliquerait-on ce phénomène remarquable, si on pouvait suivre les nerfs respiratoires jusqu'à leur origine réelle, au lieu de s'en tenir à leur origine apparente.

Jusqu'à quel point la goutte ou le rhumatisme articulaire peuvent-ils concourir à produire l'apoplexie? Qu'il nous soit permis de regarder toute réponse à cette question comme prématurée. Je prendrai seulement occasion de l'observation ci-dessus, pour faire observer que ces deux maladies, malgré leur na-

(1) Voy. obs. XVII, p. 52; obs. XL, p. 175; obs. XLI, p. 178.

ture différente, affectent néanmoins les mêmes parties, savoir : les ligamens articulaires et les capsules synoviales qui, dans le rhumatisme, sont frappées d'une vive inflammation. Ce dernier fait m'est prouvé par un assez grand nombre d'observations parfaitement d'accord avec les miennes (1); et il n'est pas moins évidemment établi dans l'excellente Dissertation de M. Chomel, bien que cet auteur ne l'admette pas (2).

TRENTE-NEUVIÈME OBSERVATION.

Épanchement séreux consécutif à une première attaque d'apoplexie, produite par une hémorrhagie dans le corps strié droit.

Hervier (Silvain), âgé de soixante-un ans, de Bazège (Indre), cuisinier, d'un tempérament sanguin, gros, gras, les cheveux châtains, était sujet depuis une quinzaine d'années, à des étourdissemens et à des douleurs de tête assez fortes, et depuis bien plus long-temps, sans doute, adonné à des excès de boisson. Le 4 mai 1810, il s'enivre et s'expose au froid, étant encore échauffé par les fumées du vin. Dans la nuit, il éprouve une vive douleur de tête, on le trouve le lendemain, dans son lit, paralysé du côté gauche.

Le 6, jour de son entrée à la maison de Santé,

---

(1) Parent-Duchâtelet, *Recherches sur l'inflammation de l'arachnoïde*, p. 382. — Gendrin, *Histoire des inflammations*, tom. 1er, p. 77. — Rhumatisme avec suppuration dans les synoviales. *Lancette française*, 4 octobre 1831, p. 221.

(2) *Essai sur le Rhumatisme*, juin 1813.

hémiplégie du côté gauche; pouls plein et tendu, soixante-douze pulsations; peau chaude, peu de liaison dans les idées : il s'imagine pouvoir remuer ses membres paralysés. Douleur de tête, légère somnolence, ventre resserré. (*Saign. bras; sang. temp.; vésicat. épaul.; pil. aloét.* ij; *jul. éther.; orang.*)

Pendant tout le reste du mois de mai, les idées sont tantôt plus, tantôt moins nettes. Il rêvasse et délire souvent la nuit, quelquefois dort assez bien, va en général difficilement à la garde-robe, et se plaint assez constamment de souffrir de la tête. (Un assez grand nombre de médicamens pour remédier à ces divers accidens : *potions éthérées, potions avec la valériane et l'éther, poudre cathartique, huile de ricin, juleps calmans, sangsues, vésicatoires à plusieurs reprises.*) La paralysie des membres continue toujours, et il croit toujours pouvoir s'en servir. Cependant il s'affaiblit sensiblement.

Le 1er juin, il perd en grande partie l'appétit; tendance plus marquée à l'assoupissement. (*Jul. val. éther.; orang.; sinap.*)

Le 2, même état, agitation toute la nuit. (*Même prescription.*)

Le 3, pouls, cent; se plaint de douleur de tête, avale avec un peu de peine. (*Jul. éther.; orang.*)

Les 4 et 5, il continue à s'affaiblir; assoupissement presque continuel.

Le 6, il ne paraît pas entendre, visage altéré, pouls très-faible. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Le cadavre conservait un embonpoint plus qu'ordinaire.

Crâne. Les vaisseaux de la dure-mère étaient plus injectés qu'ils ne le sont dans l'état ordinaire. Il y avait une grande quantité de sérosité infiltrée entre la pie-mère et l'arachnoïde de la surface du cerveau, et un peu d'épanchée à la base du crâne. Dans l'épaisseur du corps strié droit, et dans la substance cérébrale adjacente, jusqu'à un pouce en arrière de la terminaison de ce corps, se trouvait une caverne de trois pouces environ de longueur, irrégulièrement alongée, et contenant à peu près trois onces d'un sang fibreux et dense, qui avait pris une couleur assez semblable à celle de la bure. La caverne était par conséquent située entre la partie inférieure et supérieure du ventricule. La grande quantité de sang qu'elle contenait, en changeant le rapport des parties, avait presque entièrement effacé la cavité ventriculaire, dans laquelle on voyait une portion des parois du foyer hémorrhagique amincies, distendues, prêtes à rompre, colorées en rouge pâle par le sang, ainsi que la voûte à trois piliers, qui leur était accolée, à peu près comme le duodénum est coloré en jaune par la bile de la vésicule. Le ventricule gauche contenait près d'une once et demie de sérosité limpide.

Les organes de la poitrine et de l'abdomen étaient parfaitement sains.

QUARANTIÈME OBSERVATION.

Épanchement de sérosité dans les ventricules et à la base du crâne, consécutif à une apoplexie qui avait son siége dans les deux corps striés à la fois (1).

Prier (Mathieu), âgé de soixante-sept ans, de

(1) Dans son article ENCÉPHALITE du *Dictionnaire de médecine*,

Vernon (Eure), sans état, d'un tempérament sanguin, gros, gras, pléthorique, cou court, visage coloré, cheveux blonds, n'avait jamais éprouvé ni étourdissemens ni vertiges, et avait toujours joui d'une santé qu'avaient rarement troublée quelques légères indispositions. Le 17 décembre 1809, il éprouva tout à coup, dans la soirée, un étourdissement très-fort. Il ne perdit cependant pas connaissance; mais se sentant faible et prêt à tomber du côté gauche, il se retient à une cheminée, et appelle à son secours. On le porte au lit : il était déjà hémiplégique du côté gauche. Depuis ce temps, il avait presque toujours gardé le lit, ne se levant que pour se faire porter sur une chaise longue, conservant de l'appétit, dormant assez bien, mais toujours paralysé des membres gauches, qui s'étaient légèrement œdématiés. Quelquefois il y éprouvait des douleurs assez vives. Bien portant sous le rapport des fonctions organiques, ses fonctions intellectuelles ne s'exécutaient pas aussi bien. On le voyait souvent pleurer quand on lui parlait de sa maladie, quelquefois rire comme un enfant, sans motif. Ces espèces d'accès une fois passés, il conservait assez de vigueur et de netteté dans les idées.

Depuis le 26 avril 1810, jour de son entrée à la maison de Santé, jusqu'au 7 décembre de la même

---

tom VIII, p. 37, Georget prétend que les observations de la première édition de *ces Recherches*, reproduites ici sous les nº XL, XLI, XLII, XLIII, XLV et XLVI, sont des *encéphalites locales*. Il est facile, en apportant un peu d'attention à suivre la description des lésions organiques mentionnées dans ces mêmes observations, de se convaincre que les prétendues encéphalites locales de Georget sont réellement des traces d'anciennes hémorrhagies encéphaliques.

année, il n'avait éprouvé aucun changement remarquable dans son état. Il était habituellement constipé, et éprouvait de temps à autre des attaques d'oppression passagères. (Pendant tout ce temps, *tisane d'oranger, quelques pilules d'aloès.*)

Le 8, il perd l'appétit. Dans la nuit, dévoiement, agitation, respiration gênée, fièvre.

Le 9, visage très-rouge, pouls fréquent, respiration assez libre, pupilles contractiles : il paraît entendre, mais ne répond pas. (*Jul. éther.; orang.; sinap.*) Le soir, le râle survient. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Embonpoint, visage violet; larges plaques violettes sur le devant de la poitrine, le cou et les épaules.

Crâne. Beaucoup de sang dans les sinus et les vaisseaux de la dure-mère; au moins trois onces de sérosité épanchée dans les quatre ventricules; les plexus choroïdes rouges, et contenant quelques vésicules hydatidiformes.

Chaque corps strié, à sa partie antérieure et interne, présentait une dépression jaunâtre, large comme l'ongle, sur le gauche; d'un pouce de surface au moins, sur le droit. En incisant la première, il s'est trouvé au-dessous une petite cavité qui pouvait loger le bout du doigt, dont les parois jaunâtres, dans l'épaisseur d'une ligne environ, étaient traversées par de petites brides filamenteuses, contenant dans leurs mailles quelques gouttes d'un liquide puriforme. Sous la seconde dépression, il y avait une cavité de même aspect, au moins quatre fois plus grande, dont les parois, formées en dedans par l'a-

rachnoïde des ventricules seulement, étaient très-molles dans tout le reste de sa circonférence, et se réduisaient facilement en une espèce de bouillie; altération qui occupait au moins la moitié du corps strié. Elle contenait un gros de liquide puriforme. Le reste du cerveau était parfaitement sain.

Les organes de la poitrine et de l'abdomen dans la plus grande intégrité.

Remarques. La rougeur livide du visage, l'existence d'ecchymoses sur le cou et la poitrine, sont regardées par beaucoup d'auteurs comme indiquant une apoplexie sanguine. Voilà un des cas les plus propres à démontrer le peu de fondement d'une pareille manière de voir : il s'en présentera encore d'analogues dans le courant de cet ouvrage. C'est une vérité qu'il importe de se bien persuader, et je ne crains pas, pour la rendre plus sensible, de rappeler des remarques déjà faites (1). J'ajouterai, de plus, que l'existence d'ecchymoses après la mort est assez fréquente dans les épanchemens séreux actifs du cerveau, et qu'on en rencontre trois fois sur dix ou quinze individus morts de fièvre cérébrale (hydrocéphale aiguë interne), tandis que sur un pareil nombre d'apoplectiques, on fait à peine une fois la même remarque.

QUARANTE-UNIÈME OBSERVATION.

Épanchement de sérosité dans les ventricules du cerveau et dans la cavité de l'arachnoïde externe, consécutif à une apoplexie du corps strié gauche.

Augenendt (Jean-Baptiste), âgé de soixante-neuf

(1) Pages 24 et 126.

ans, de Clèves (Roër), sans état, d'un tempérament sanguin-lymphatique, d'un embonpoint ordinaire, a éprouvé subitement, il y a trois ans, une paralysie de la langue, avec faiblesse du côté gauche, bouche tournée à droite, sans perte de connaissance. Au bout de cinq ou six semaines, il se trouve mieux, parle avec plus de facilité; mais la faiblesse du côté persiste. Après six mois environ de cet état, il se sentit peu à peu affaiblir. La faiblesse faisant chaque jour des progrès, il s'est vu contraint de garder le lit, il y a environ six mois. Depuis cette époque, il ne se levait que pour se faire asseoir dans un fauteuil, et était graduellement tombé dans un état d'apathie inexprimable, ne parlant que quand on lui adresse la parole, ce qu'il fait encore avec une grande lenteur; du reste, mangeant et dormant beaucoup.

Il ne présenta rien de plus lors de son entrée à la maison de Santé, le 26 juin 1811. Seulement le pouls était un peu fréquent, et la respiration gênée et un peu bruyante, dans de courts intervalles; cela depuis six ou huit jours. (*Jul. éther.; orang.*)

Jusqu'au 16 juillet pas de changement. (*Même prescription. Une ou deux fois des pilules aloétiques pour combattre la constipation.*)

Le 16, nuit agitée, pas de sommeil. (*Jul. éther.; orang.*) Le 17, il refuse de manger; respiration gênée, fréquente. Le soir, elle est calme, on le croit mieux. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Rien de remarquable.

Crâne. La dure-mère, pâle, épaissie, légèrement adhérente, contenait très-peu de sang dans ses vais-

seaux. Il y avait environ trois onces de sérosité limpide dans l'arachnoïde externe et deux onces dans les ventricules latéraux; les plexus choroïdes étaient pâles et décolorés.

A la partie supérieure et externe du corps strié droit, à l'endroit où il se continue avec le corps calleux, se trouvait une dépression couleur d'*acajou pâle*, longue de huit à dix lignes, large de quatre à cinq, profonde d'une ligne tout au plus. En incisant dans cet endroit, on arrivait à une petite cavité irrégulièrement alongée, traversée par des portions filamenteuses très-rapprochées, et qui contenait quelques gouttes d'un fluide jaunâtre. En dedans, cette cavité avait pour paroi une très-mince lame du corps strié, recouverte par l'arachnoïde des ventricules; dans tout le reste de sa circonférence, la propre substance du corps strié, qui, dans l'épaisseur d'une demi-ligne, présentait la couleur dont j'ai parlé plus haut. Dans le centre du corps strié gauche, une petite cavité à loger un grain d'orge, remplie d'un liquide citrin. Le reste de la masse encéphalique était sain, mais d'une grande mollesse.

Les organes de l'abdomen et de la poitrine n'offraient aucune altération.

Remarques. La cavité du corps strié droit avait bien certainement été produite par la déchirure qui a donné lieu à l'hémorrhagie lors de l'attaque. Par suite du temps, comme il arrive toujours dans les cas de ce genre, le sang avait été résorbé, la plaie s'était incomplétement cicatrisée. La petite vacuole du côté gauche, au contraire, ne doit point être regardée comme une affection pathologique. C'est une de ces dispositions naturelles qu'il est assez ordinaire

de rencontrer dans les corps striés, et que Morgagni a signalées un des premiers, sans qu'on ait fait beaucoup d'attention à cette importante remarque (1), reproduite par M. Pinel fils (2).

ARTICLE II.

Ramollissement consécutif du cerveau. Observations particulières.

QUARANTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Ramollissement de l'hémisphère gauche du cerveau et épanchement de sérosité consécutifs à une apoplexie qui a eu son siége dans le corps strié droit.

Pruneau (Jean), âgé de soixante-six ans, de Paris, sans état, d'un tempérament sanguin-bilieux, d'une forte constitution, d'un médiocre embonpoint, éprouva tout à coup, dans les premiers jours du mois de juin 1809, une perte complète de connaissance. Revenu à lui au bout de quelques heures, il avait complétement perdu l'usage de la parole. Ce fut dans cet état qu'on le transporta à la maison de Santé, le 5 du même mois. Le temps et les médicamens rappellent un peu la liberté de la parole. Voici, lorsque j'entrai à la même maison, le 1er février 1810, en qualité d'élève interne, quel était l'état de ce malade : beaucoup de justesse dans les idées, mais difficulté très-grande pour prononcer; même force dans les membres de chaque côté, nulle douleur, assez de sommeil, bon appétit, ventre habituellement peu libre.

---

(1) *De sed. et caus. morb. per anat. indag.*, epist. III, art. 18.
(2) *Journ. de physiol.*, etc., août 1822, p. 199.

Jusqu'au 19 avril, il ne se passe rien de remarquable. Ce jour-là, dans la soirée, affaiblissement brusque, et perte presque complète de la vue; ni douleur ni malaise.

Le 30, même état de la vue, pupilles contractées, immobiles; perte de l'appétit, nulle douleur. (*Cautère derrière chaque oreille; jul. éther.; orang.*)

Le 2 mai, le malade entrevoit des objets volumineux; perte de l'appétit, constipation. (*Même prescript.*)

Les jours suivans, pas de changement sensible.

Le 5, douleur de tête, surtout du côté droit; même état de la vue. (*Six sang. temp.*)

Vers le 14, la vue commence à revenir; mais le malade éprouve presque constamment une assez forte douleur de tête à droite, qui nécessite l'application des sangsues à quatre ou cinq reprises. Pendant ce temps, la constipation fit recourir deux fois à la poudre cathartique : on continuait du reste les autres médicamens.

Le mieux s'établit peu à peu; la douleur de tête se dissipa, le sommeil et l'appétit revinrent. Au 3 juin, le malade voyait comme avant son accident; mais il était beaucoup plus faible; ce qui l'obligea à garder presque habituellement le lit. (*Jul. éther.; orang; quelquefois des pilules d'aloès.*)

Ce fut dans cet état qu'il arriva jusqu'à la fin de février 1811, quoique s'affaiblissant d'une manière sensible, et étant tombé, depuis trois ou quatre mois, dans un état complet d'enfance, pleurant dès qu'on lui parlait, riant le moment d'après, mais conservant toujours un très-bon appétit : les selles étaient habituellement difficiles.

Le 1[er] mars, faiblesse plus grande, perte de l'ap-

pétit, sommeil agité. (*Jul. val. éther.; orang.*) Rien de bien remarquable les jours suivans.

Le 5, il cesse de parler, paraît ne pas entendre : pouls, soixante-douze, assez fort. (*Jul. val. éther.; sinap.; cautère oreil.*)

Chaque jour on voit tomber les forces ; cependant le pouls se soutient assez. Le malade ne prend plus que du bouillon : visage assez naturel. (*Même prescription.*)

Le 18, pouls qui s'affaiblit, respiration parfois un peu râlante. (*Même prescript.*) Le 21, pouls très-faible, visage cadavéreux, respiration tout-à-fait râlante. Mort le lendemain, à cinq heures du matin.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Maigreur considérable.

Crâne. Plus de deux onces de sérosité épanchées à la base du crâne ; une très-grande quantité de cette humeur infiltrée entre la pie-mère et l'arachnoïde externe ; environ une once d'épanchée dans chaque ventricule latéral, un peu moins dans le troisième et le quatrième.

A la partie antérieure et externe du corps strié droit, près la bandelette semi-circulaire, se trouvait une dépression alongée, de deux lignes environ de profondeur. En incisant sur cette portion du corps strié, on pénétrait dans une petite cavité, de cinq ou six lignes d'étendue dans son plus grand diamètre, traversée en tous sens par des filamens vasculeux, dans les intervalles desquels se trouvait un peu de sérosité légèrement brune. Les parois de cette cavité offraient la même couleur, avec une

densité très-grande, dans l'épaisseur d'une ligne. Le reste du corps strié ne paraissait aucunement altéré.

Tout le lobe postérieur gauche du cerveau était réduit en une espèce de pulpe jaunâtre, mêlée de pus rassemblé dans de petits foyers irréguliers. La substance corticale avait seule éprouvé complétement cette sorte de dégénération, et l'on distinguait au milieu d'elle des portions considérables de substance médullaire, irrégulièrement disposées, et formant des espèces de cloisons (1). A l'extérieur, l'arachnoïde, parfaitement conservée, avait contenu la substance corticale, quoique entièrement ramollie, de telle sorte que les circonvolutions se distinguaient encore facilement. Une portion de la partie postérieure du ventricule se trouvait comprise dans ce ramollissement, et il en était résulté le mélange de quelques gouttes de pus, avec la sérosité dont il était rempli. Le reste du cerveau très-sain.

Les organes contenus dans la poitrine et l'abdomen n'offraient aucune altération.

Remarques. L'origine de ce ramollissement du cerveau, affection essentiellement chronique de sa nature, peut-elle être rapportée à l'époque de la perte passagère de la vue, en avril 1810? Une telle manière de voir est assez probable. Mais s'il en est ainsi, comment concevoir le rétablissement presque complet du malade, l'altération organique persistant toujours? Quoi qu'il en soit de l'opinion que l'on adopte à cet égard, je ferai remarquer que pour l'a-

---

(1) Lallemand, *Recherches anat. patho.*, etc. 2me Lettre, p. 240, 246, et 248.

natomiste, il existe deux espèces de ramollissement encéphalique. Dans l'une, il se présente sous la forme d'une matière légèrement jaunâtre, homogène, molle, pulpeuse, et nullement miscible à l'eau. Dans l'autre, il offre une mollesse encore plus grande, une couleur susceptible de varier du blanc grisâtre au brun foncé, et est ordinairement mélangé de portions purulentes plus ou moins considérables, qui se laissent facilement délayer et entraîner par un courant d'eau.

Le premier genre d'altération est toujours primitif. Il constitue le ramollissement apoplectipare, qu'on retrouve constamment autour des surfaces déchirées dans l'apoplexie récente. Le second est tantôt primitif; c'est le ramollissement inflammatoire décrit par MM. Lallemand et Rostan; tantôt il est consécutif à d'anciennes attaques d'apoplexie; et bien qu'alors on l'observe souvent dans la portion de substance cérébrale qui a été le siége de l'hémorrhagie, il n'est pas rare non plus de le rencontrer dans des parties éloignées de cet endroit.

QUARANTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Ramollissement consécutif de l'hémisphère droit du cerveau autour du lieu qui avait été le siége de l'hémorrhagie.

Lucas (Marguerite), âgée de soixante-un ans, d'Yreville (Seine-Inférieure), marchande, d'un tempérament sanguin, d'un embonpoint plus qu'ordinaire, avait, toute sa vie, joui d'une très-bonne santé, à cela près de quelques légères incommodités. Depuis trois ou quatre ans, elle était devenue sujette à une oppression habituelle assez forte, accompagnée d'une

toux tantôt plus, tantôt moins forte, qui ne s'était jamais entièrement passée, et depuis un an ou deux, elle avait éprouvé quelques légers étourdissemens, avec pesanteur de tête, sans jamais avoir perdu connaissance.

Le 20 décembre 1812, étant à table, elle éprouva tout à coup un fort étourdissement. En même temps elle se sentit affaiblir du côté gauche. Dans cet état, elle appelle à son secours; on arrive à temps pour la soutenir, et on la porte au lit. Dans la nuit, il survient du délire. Les jours suivans, le délire continue; la malade est complétement hémiplégique du côté gauche. Elle fut alors transportée à l'hôpital Beaujon, où elle séjourna une quinzaine de jours. Pendant ce temps, le délire continua toujours, et il survint une large escarre au sacrum; toux et oppression habituelles.

Le 19 janvier 1813, elle fut conduite à la maison de Santé. Voici quel était alors son état: léger délire par intervalles, hémiplégie gauche, toux assez fréquente, accompagnée d'oppression; pouls un peu irrégulier: nulle douleur, sommeil, appétit, ventre relâché; large plaie, de six pouces de diamètre, au sacrum, à fond gangréné, à bords contus. (*Mxt.; expect.; orang.*)

Jusque vers la fin du mois, il n'y a pas de changement sensible. Les membres gauches restent toujours paralysés. La toux, l'oppression, le délire, présentent des alternatives d'augmentation et de diminution. (*Même prescription.*)

Le 1er février, délire, agitation la nuit. Même état du reste: pouls toujours irrégulier. (*Jul. éther.; orang.*)

Les 2 et 3, il survient un peu d'œdème au bras

gauche: dévoiement. (*Jul. éther. laud.* xij.; *orang.*) Nuits plus calmes.

Le 4, à peu près même état. Le 5, l'œdème du bras est beaucoup augmenté; il en est aussi survenu à la jambe; les bords de la plaie du sacrum sont gonflés, violets, livides. La malade meurt dans la nuit, sans que rien eût annoncé, la veille, une mort aussi prochaine.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Embonpoint assez grand; gonflement considérable des bords de la plaie; du côté gauche, fesse tuméfiée, livide, emphysème du tronc; infiltration des membres.

Crâne. La dure-mère était très-adhérente au crâne, et contenait une médiocre quantité de sang dans ses vaisseaux. La faux de cette membrane offrait quelques points osseux à sa partie postérieure. Les vaisseaux de la pie-mère et ceux de la propre substance du cerveau contenaient peu de sang.

Dans la partie antérieure de l'hémisphère droit, en dehors du corps strié, un peu au-dessus du niveau du corps calleux, se trouvait une caverne alongée, inégale, traversée par quelques brides filamenteuses, longue d'un pouce et demi, large de trois à quatre lignes, laquelle contenait quelque peu d'un liquide séreux, qui semblait tenir en suspension un détritus de la substance médullaire. Un peu en avant de cette caverne, on remarquait trois ou quatre autres petites cavités, dont une seule était logée dans les corps striés, les autres occupant l'hémisphère, et qui toutes étaient remplies par un liquide analogue à celui de

la grande. La substance cérébrale environnante était ramollie et comme diffluente, dans l'épaisseur de près de trois lignes. Plus en avant, immédiatement au-dessous des circonvolutions, se trouvait une cavité alongée, inégale, dont les parois rougeâtres, accolées entre elles, avaient environ un pouce de surface, contenaient quelques gouttes de sérosité, et offraient une assez grande fermeté, dans l'épaisseur d'une ligne. Les ventricules latéraux contenaient environ une once et demie de sérosité. Le reste de la masse cérébrale était parfaitement sain.

Poitrine. Il y avait à peu près trois onces de sérosité dans le péricarde. L'aorte était dilatée, et contenait, à son origine, quelques *écailles* osseuses. Le cœur n'offrait rien de remarquable. Les poumons étaient parfaitement sains. Le gauche adhérait fortement à la plèvre costale.

Abdomen. Les viscères de cette cavité n'offraient aucune altération, excepté le foie qui était un peu pâle, mais sain du reste.

Remarques. Est-ce à autant d'épanchement de sang qu'est due chacune des cavernes de l'hémisphère et du corps strié droits? Si l'on ne doit pas le croire pour les trois ou quatre petites, il serait peu raisonnable d'adopter une autre opinion au sujet des deux grandes, et surtout de celle dont les parois étaient rouges; couleur qu'elles devaient bien évidemment au sang qui les avait remplies. Quant aux autres, elles paraissent avoir été creusées dans le cerveau, non à la suite d'une déchirure de son tissu, mais par la résorption qui s'opère souvent dans ses points ramollis. Aussi voyons-nous que les parois de ces petites cavités présentaient, en outre de leur cou-

leur jaune et de leur grande mollesse, un véritable état de suppuration.

QUARANTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

Ramollissement d'une portion de la partie postérieure de chaque hémisphère du cerveau, consécutif à un épanchement de sang dans l'hémisphère droit (1).

Husson (Pierre-Paul), âgé de soixante-quinze ans, de Saint-Germain (Seine-et-Oise), portier, d'un tempérament lymphatico-sanguin, maigre, ne jouissait pas de sa santé ordinaire depuis environ quatre mois. Il se sentait faible, avait peu d'appétit, et les jambes lui enflaient souvent le soir. Vers le 19 septembre 1812, il s'éveille dans la nuit, avec un léger malaise, se sentant tout étourdi, et en même temps il découvre qu'il est paralysé du côté gauche : nulle douleur, un peu d'embarras dans la parole. Les jours d'après, il n'y eut pas de changement bien marqué, et on le conduisit à la maison de Santé le 29, dans l'état suivant : faiblesse très-grande de la jambe gauche, paralysie du bras de ce côté, pouls naturel, nulle douleur, peu de sommeil, de l'appétit, ventre libre. (*Jul. val. éther.; orang.*)

Rien de bien remarquable jusqu'au 18 octobre; seulement le malade éprouve une ou deux fois des coliques et de la douleur de tête, et quelques jours

(1) Voy. dans Lancisi (*de subit. mort.*, p. 35), une observation presque entièrement semblable, sous le rapport des lésions organiques.

de constipation. (*Même prescript.* pendant tout ce temps : une fois, *poud. cath.* ℥ß.)

Le 22, il se sent plus de forces dans la jambe. Le 24, il commence à exécuter quelques mouvemens avec la main, qui jusque-là avait été immobile ; la jambe acquiert chaque jour un peu de forces, et le 25, il commence à marcher. (*Même prescript.*)

Le 26, un peu de délire et d'agitation la nuit.

Le 27, malaise dans la matinée; se sent plus faible. (*Jul. éther.; jul. cal.; orang.*) Même agitation la nuit ; encore du délire.

Les 28 et 29, à peu près même état. Il garde le lit. (*Même prescript.*)

Les jours suivans, la faiblesse fait des progrès; les nuits sont presque toutes agitées, avec délire. Le matin, le malade conserve assez bien sa tête. (*Jul. éther.; jul. cal.; inf. camo.*)

Le 9 novembre, augmentation de la faiblesse. (*Vin* kk. ℥IV.; *orang.*)

Peu à peu les forces se perdent: il survient de la fièvre. Le 13, langue sèche, parole très-difficile, visage rouge : pouls, cent trente. (*Jul. éther.; inf. camo.*) Le soir, le râle survient. Mort le 14 au matin, après une agonie paisible.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Maigreur assez considérable.

Crâne. La dure-mère était très-adhérente à la voûte de cette cavité. Il y avait un peu de sérosité dans les ventricules latéraux, et environ trois onces épanchées à la base du crâne.

Dans la partie postérieure de l'hémisphère droit,

au-dessus du ventricule latéral, se trouvait une caverne d'un demi-pouce cube, irrégulièrement alongée, qui contenait une espèce de bouillie pultacée, formée par le cerveau ramolli et désorganisé dans cet endroit, au milieu de laquelle on voyait une sorte de lame aplatie, d'une ligne d'épaisseur, de cinq ou six de longueur, qui paraissait formée par de la fibrine, d'un rouge pâle, et d'une assez grande densité (1). L'autre hémisphère présentait dans le lieu correspondant, et à peu près dans la même étendue, une altération tout-à-fait semblable, à cela près qu'on n'y découvrait pas de portion fibrineuse. Tout ce qu'il y avait de ramolli dans chaque hémisphère se délayait facilement, et s'en allait par une lotion d'eau courante, laissant alors une caverne profonde à parois inégales et anfractueuses. Tout le reste de la masse encéphalique était sain, et n'offrait aucune altération appréciable.

Les organes de la poitrine et de l'abdomen étaient dans la plus grande intégrité.

Remarques. Il est à peu près certain, ce me semble, que le ramollissement du cerveau a seulement commencé à l'époque où Husson a eu du délire, c'est-à-dire vers le 26 octobre; car l'amélioration sensible des symptômes, observée depuis l'attaque, n'aurait bien évidemment pas eu lieu, si cette altération eût alors été portée au point où l'a montrée l'ouverture du cadavre. Il n'y a donc eu primitivement qu'un seul côté du cerveau malade. C'est celui où s'est trouvée la lame de fibrine concré-

(1) Bouillaud, *Traité de l'encéphalite*, p. 249 et 385. — Calmeil, *De la paralysie chez les aliénés*, p. 83 et 185.

tée : son opposition avec le côté du corps paralysé en est la preuve évidente.

QUARANTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

Ramollissement de la partie postérieure de l'hémisphère droit, consécutif à une apoplexie du corps strié du même côté.

Simon (Madeleine), âgée de cinquante-sept ans, de Liancourt (Seine-et-Oise), aubergiste, d'un tempérament sanguin-bilieux, d'un assez grand embonpoint, était sujette, depuis deux ou trois mois, à éprouver des pesanteurs et des douleurs de tête, et quelquefois des vertiges qu'elle avait toujours négligés, quand, dans le mois de juillet 1792, elle fut prise tout à coup d'un étourdissement peu fort, sans perte de connaissance, accompagné d'une faiblesse très-grande du côté gauche, et d'une gêne assez grande dans l'articulation des mots. Dans la soirée, elle recouvra à peu près entièrement la liberté de la parole; mais la faiblesse des membres n'en persista pas moins. Les deux premiers mois qui suivirent cet accident, elle fut en proie à une forte douleur de tête, presque constante, qui cessa peu à peu après ce temps; les forces du côté gauche revinrent, quoique d'une manière incomplète.

Depuis cette époque, elle avait constamment joui d'une bonne santé, et, malgré la faiblesse de ses membres gauches, elle avait continué à mener une vie laborieuse et exercée. La cessation des menstrues s'était opérée il y a trois ou quatre ans, sans produire d'accidens remarquables.

Dans les premiers jours d'octobre 1812, il se mani-

festa une douleur de tête accompagnée de pesanteur, sans fièvre marquée. La faiblesse des membres gauches augmenta. La douleur de tête persiste; la faiblesse fait insensiblement des progrès : au bout de six ou huit jours, la malade est forcée de garder continuellement le lit. Depuis cette époque, affaiblissement graduel et progressif, sans accident bien tranché. Le 3 novembre suivant, Simon est portée à la maison de Santé. Voici l'état qu'elle offrait alors : douleur et pesanteur de tête, faiblesse générale des membres, et paralysie presque complète du côté gauche; pouls à peu près naturel, du sommeil, de l'appétit, ventre libre : laisse aller sous elle. (*Jul. val. éther.; orang.; vésicat. nuq.*)

Les 4, 5, 6, 7 et 8, progrès de la faiblesse, espèce d'hébètement, parfois de la toux, du dévoiement; pouls, cent douze. (*Mxt. diascord.; laud.* xx.; *riz.*)

Le 9, agitation la nuit, rêvasseries; même état du reste. (*Même prescription.*)

Le 10, se plaint de douleur dans les membres, toux fréquente, toujours du dévoiement; pouls, cent quatre. (*Mxt. diascord.* ℥ij. *liq. Hoff.* ʒß; *laud.* xij; *org.*)

Les 12 et 13, progrès de l'affaiblissement; n'éprouve aucune douleur. (*Mxt. kk. laud.* XVIII; *orang.*)

Le 14, faiblesse très-grande, pas de connaissance. Mort dans la soirée.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Embonpoint assez considérable.

Crâne. Cinq ou six onces de sérosité épanchée à la base du crâne, ou infiltrée entre la pie-mère et

l'arachnoïde; environ une once et demie dans les ventricules latéraux : elle était très-limpide; les plexus choroïdes très-pâles.

A la partie antérieure et interne du corps strié droit, se trouvait une légère dépression irrégulièrement arrondie, alongée, d'un demi-pouce carré de surface, d'un jaune rouge-pâle. En incisant perpendiculairement sur cette surface, on découvrait une cavité traversée par un grand nombre de brides celluleuses, faciles à rompre, et qui permettaient facilement de rétablir la cavité, comme elle avait dû être avant cette espèce de cicatrisation. Du côté du ventricule, ses parois étaient jaunâtres dans toute leur épaisseur qui, là, était d'environ un quart de ligne. Dans tout le reste de la surface interne de l'ancien foyer hémorrhagique, la substance cérébrale ne présentait aucune altération bien sensible.

La partie postérieure de l'hémisphère droit, dans un volume égal à celui du poing, était grisâtre, ramollie, changée en une matière pultacée, purulente, qui se laissait facilement entraîner par une légère lotion d'eau. Cette altération ne s'étendait pas tout-à-fait jusque dans le ventricule, de sorte que la partie postérieure des parois de cette cavité se trouvait encore saine, dans l'épaisseur de deux ou trois lignes. Le reste de la masse encéphalique était parfaitement sain.

Poitrine. Les poumons étaient gorgés de liquides, mais sains du reste, excepté le lobe moyen du poumon droit, où se trouvait un noyau d'hépatisation gros comme un œuf. La membrane des bronches, enduite d'une quantité plus qu'ordinaire de mucus, offrait au-dessous une teinte rouge assez marquée. Le cœur ne

présentait aucune altération, de même que l'origine des gros vaisseaux.

Abdomen. Les viscères de cette cavité étaient dans la plus parfaite intégrité.

QUARANTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Ramollissement de la partie antérieure de l'hémisphère gauche du cerveau, consécutif à un épanchement de sang dans le corps strié du même côté.

Givre (Jeanne), âgée de soixante-deux ans, de Venizy (Yonne), marchande, d'un tempérament sanguin, d'un embonpoint considérable, visage coloré, cou court, avait eu, il y a environ neuf ans, une attaque d'apoplexie qui produisit une paralysie du côté droit. Cette attaque, pendant laquelle elle n'éprouva qu'un étourdissement assez fort, sans perte de connaissance, avait été précédée de quelques mois, par des douleurs de tête et de légers vertiges. Au bout d'un temps assez long, la malade put marcher; mais elle ne recouvra jamais l'usage du bras droit, et la jambe du même côté resta très-faible : elle ne marchait qu'en la traînant. Le 23 juillet 1813, son mari, en rentrant chez lui, la trouva immobile sur sa chaise, ne répondant pas, paraissant entendre, et regardant d'un air hébété : visage assez naturel. Les jours suivans, il n'y a aucune amélioration, et la malade est transportée, le 28, à la Maison de Santé, dans cet état : visage un peu coloré, respiration assez libre; pouls, quatre-vingt-quatre; paralysie du côté droit; entend, mais ne répond pas; du sommeil, de l'appétit; selles involontaires. (*Jul. éther.; orang.; vésicat. nuq.*)

Le 29, même coloration du visage, air de stupeur,

une ou deux selles : même état du reste. (*Même prescription.*)

Le 30, elle prononce quelques mots sans suite. (*Même prescription.*)

Le 31, le 1er août, le 2 et le 3, pas de changemens marqués. Elle ne parle plus. (*Jul. val. ether.; orang.; sinap.*)

Les 4, 5, 6 et 7, visage toujours coloré; paraît s'affaiblir; du dévoiement : pouls, cent. (*Même prescription.*)

Le 8, yeux hagards, fixes; ne paraît plus entendre; visage pâle, respiration un peu *stertante*. (*Jul. val. ether.* ʒij.; *orang.; sinap.*) Le soir, pouls très-faible, respiration râlante. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Embonpoint considérable. Rien de remarquable du reste.

Crâne. Médiocre quantité de sang dans les vaisseaux de la dure-mère; peu dans les vaisseaux de la pie-mère externe, et de la propre substance du cerveau. Trois ou quatre onces de sérosité épanchée à la base du crâne; une once et demie environ dans les ventricules latéraux.

Les tiers moyen et antérieur de la moitié gauche du corps calleux, et la portion de l'hémisphère qui entoure la moitié antérieure du corps strié, étaient changés en une matière d'un blanc grisâtre, pultacée, extrêmement molle, sans trace de suppuration et sans odeur. Cette désorganisation avait à peu près un demi-pouce d'épaisseur dans toute son étendue, et son volume total était au moins celui d'un très-gros œuf.

Le corps strié gauche offrait, à la réunion de son tiers antérieur avec ses deux tiers postérieurs, au dedans du ventricule, un sillon transversal, d'une ligne de profondeur, de sept ou huit de longueur, dont le fond était d'un jaune-rouge pâle. La partie du corps strié qui se trouvait en avant de ce sillon, était beaucoup plus petite que la partie correspondante du corps strié opposé. Une incision pratiquée sur le sillon dont j'ai parlé, conduisit dans une espèce de caverne irrégulièrement alongée, d'un pouce environ de longueur, d'un demi de largeur, qui occupait tout le tiers moyen et une portion du tiers antérieur du corps strié, à quatre ou cinq lignes de distance de sa partie interne, et saillante dans le ventricule. Cette caverne était traversée par un grand nombre de liens celluleux et vasculaires, qui contenaient, dans les mailles formées par leur entrecroisement, quelques gouttes de sérosité jaunâtre. Cicatrisées de la sorte, ses parois offraient une couleur d'*acajou* pâle, dans l'épaisseur de trois ou quatre lignes, et là, la substance cérébrale avait une grande densité; plus en dehors, elle reprenait son organisation ordinaire. La portion de la caverne antérieure au sillon transversal était contenue dans cette partie de la pulpe encéphalique qu'affectait le ramollissement.

Le reste de la masse encéphalique n'offrait aucune altération.

Les organes de la poitrine et de l'abdomen étaient parfaitement sains.

ARTICLE III.

Réflexions générales sur l'épanchement séreux et le ramollissement de l'encéphale, considérés comme consécutifs.

L'épanchement de sérosité dans les ventricules du cerveau est un des accidens que produit le plus fréquemment l'apoplexie, et partant une des causes qui la rendent le plus souvent mortelle. Le nombre des individus dont la mort est due à un semblable épanchement, égale au moins le nombre de ceux qui succombent par l'effet immédiat de l'hémorrhagie.

Il serait difficile de dire comment l'un des deux phénomènes donne si souvent lieu à l'autre; car on ne retrouve pas ici ces obstacles à la circulation, qui ont si bien servi à M. Bouillaud pour expliquer la formation des hydropisies consécutives (1). En attendant, le fait n'en est pas moins de la plus exacte vérité.

La dépendance où le ramollissement de l'encéphale est de l'hémorrhagie dans cet organe, ne paraît pas, à beaucoup près, aussi grande. Voici sur quoi s'appuie ma manière de voir : 1° le ramollissement se manifeste toujours à une époque assez éloignée du début de l'apoplexie, ordinairement après un ou deux ans, huit et même dix; 2° l'épanchement séreux, au contraire, a lieu souvent dans les premiers mois de la maladie; et il est rare qu'un apoplectique, s'il ne recouvre pas complétement la santé, survive

(1) *Journ. de Physiol. Expér.*, janvier 1823, pag. 88, et *Arch. gén. de méd.*, mai 1823, p. 188.

un an sans en être atteint; 3° enfin, chaque fois qu'il y a ramollissement du cerveau, il y a aussi épanchement de sérosité, tandis qu'on voit beaucoup d'épanchemens séreux sans ramollissement.

Quoi qu'il en soit, ces faits nous montrent que la nature réunit et confond, à chaque instant, ce que nous cherchons à séparer par la pensée. Il en résulte presque toujours une grande difficulté de diagnostic. De plus, la prolongation de la maladie première trouble à un tel point la marche de celles qui viennent la compliquer, qu'on ne peut presque plus les reconnaître. En effet, l'épanchement séreux des ventricules, et le ramollissement de l'encéphale, présentent chacun, comme maladies primitives, une succession de phénomènes, qu'il est facile à un observateur attentif de rapporter à la cause dont ils dépendent. Quand ils sont consécutifs, ils se montrent, au contraire, avec des traits tellement équivoques, qu'on ne peut plus les distinguer l'un de l'autre. Presque tous les malades éprouvent alors, alternativement ou tout à la fois, et d'une manière plus ou moins irrégulière, la plupart des symptômes qui indiquent l'hydrocéphale chronique, l'épanchement aigu de sérosité ou le ramollissement, et meurent ordinairement sans qu'aucun de ces nombreux accidens offre un caractère de prédominance marqué.

On peut bien, parce que l'épanchement de sérosité est plus fréquent, parce qu'il arrive à une époque plus rapprochée du moment de l'attaque, prévoir qu'on le rencontrera à l'ouverture du cadavre plutôt que le ramollissement; mais on ne saurait jamais avoir, à cet égard, une certitude complète. Celui qui a recueilli l'histoire de la maladie sait qu'il doit

trouver, outre les traces de l'hémorrhagie, une affection consécutive quelconque de l'encéphale; voilà tout. Prétendre en déterminer d'avance la nature, est, dans l'état actuel de la science, une véritable témérité, comme on peut s'en convaincre en comparant entre elles les observations précédentes. Cependant il peut se faire que de nouvelles observations, qu'une manière perfectionnée d'interpréter les symptômes des complications dont nous parlons, portent un jour la lumière sur un point de diagnostic jusqu'à présent des plus obscurs.

CHAPITRE II.

DISTINCTION DE L'APOPLEXIE D'AVEC LES MALADIES SUSCEPTIBLES DE LA SIMULER.

On est sans doute déjà fort avancé quand, au moyen d'observations exactes et souvent répétées, on est parvenu à se faire un tableau fidèle d'une maladie, de manière à pouvoir la distinguer avec certitude de toute autre, lorsqu'elle suit une marche régulière. Mais il reste encore à se familiariser avec ces cas dans lesquels ses symptômes, ou ceux des affections dont ordinairement elle est fort différente, se montrent avec une physionomie équivoque, ou éprouvent dans leur développement un trouble qui oblige à les étudier avec la plus grande attention, pour y trouver la base d'un diagnostic assuré, ou bien même ne permet pas d'obtenir ce résultat, quelque soin qu'on apporte à les apprécier. Il faut aussi savoir que des maladies, fort différentes entre elles, montrent quelquefois une grande ressemblance dans leurs symptômes. Toutes ces circonstances pouvant se rattacher à deux chefs principaux, nous aurons à nous occuper dans les deux sections suivantes : 1° des cas dont le diagnostic est possible, quoique plus ou moins difficile; et 2° de ceux dans lesquels il est douteux et peut même devenir impossible.

SECTION PREMIÈRE.

CAS DE DIAGNOSTIC POSSIBLE.

Beaucoup d'auteurs ont cherché à éclairer le diagnostic de l'apoplexie sans y avoir réussi : cela devait être. Ils manquaient d'un terme de comparaison indispensable, une description exacte du mal qu'ils voulaient enseigner à distinguer de tout autre. Rien d'étonnant, dès-lors, que des maîtres de l'art aient été arrêtés par des difficultés qui, de nos jours, n'en sont pas pour les élèves : par exemple, la distinction de la paralysie d'avec l'apoplexie.

Hippocrate, Dioclès, Praxagore, Asclépiade, Démétrius, et plusieurs autres médecins de l'antiquité, confondaient la paralysie et l'apoplexie. Thémison, le premier, réserva le nom d'apoplexie à la résolution de tous les membres, accompagnée de la perte complète du sentiment, et appela paralysie la résolution bornée à quelques-uns d'entre eux (1). En cela, il fut suivi par Archigène, Arétée, Ætius, Alexandre de Tralles, etc. (2). Cælius Aurelianus, après avoir d'abord paru adopter le principe de cette distinction (3), la regarde ensuite comme d'une faible importance clinique, et finit par distinguer l'apoplexie de la paralysie, en plaçant la première

---

(1) Cælius Aurelianus, *Acut. morb.*, lib. III, tom. I, p. 231.

(2) Ætius, *de cogn. et cur. morb.*, d'après Archigène, p. 256. — *Morb. diut.*, lib. I, p. 3. — *De arte medicâ*, tom. I, cap. XVI, p. 231.

(3) *Morb. chron.*, lib. II, tom. 2, p. 94.

parmi les maladies aiguës, et la seconde parmi les maladies chroniques (1). Les médecins des siècles suivans ont, pour la plupart, admis l'une ou l'autre de ces distinctions. Cependant bon nombre d'entre eux, à l'exemple de plusieurs anciens maîtres de l'art, ont continué à ne voir dans la paralysie et l'apoplexie qu'une seule et même affection, tandis que d'autres, tels que Vanhelmont et Nymman, en faisaient des maladies fort distinctes, se fondant sur des raisons trop peu médicales, pour mériter quelque attention de notre part (2).

Ces fluctuations, ces contradictions d'opinion, dont les traces se retrouvent encore dans des ouvrages assez récens, sont aujourd'hui faciles à expliquer. Il suffit, tout à la fois pour en rendre raison, et pour les faire disparaître à jamais, d'une remarque bien simple : c'est qu'au lieu d'être une maladie, la paralysie est tout simplement un symptôme, lequel, bien qu'inséparable de l'apoplexie, peut se montrer dans des affections fort différentes (3). Les médecins qui avaient toujours vu la paralysie liée avec l'apoplexie, étaient excusables de confondre le symptôme avec le mal dont il était l'effet, et de croire à leur identité de nature. Ceux, au contraire, qui l'avaient observée, indépendamment de toute attaque d'apoplexie, étaient bien plus fondés à établir une ligne de démarcation tranchée entre l'une et l'autre affection. Mais aucun d'eux ne pouvait, ne savait res-

---

(1) *Morb. acut.*, tom. I, lib. III, p. 231.

(2) *Ortus medicinæ*, etc. *De lithiasi*, p. 93. — *Tractatus de apoplexiâ*, p. 119.

(3) *Dictionnaire de méd.*, tom. XVI, *art.* PARALYSIE.

treindre son opinion dans de justes limites. Chose rare en médecine, il y avait du vrai des deux côtés; mais les bornes de ce vrai restaient incertaines. Il a fallu des siècles pour apprendre à distinguer les cas dans lesquels la paralysie étant le symptôme d'une maladie autre que l'apoplexie, n'a véritablement aucun rapport avec cette affection, de ceux où l'on pourrait sans inconvénient la confondre avec l'apoplexie, dont elle est le résultat immédiat.

La question sur laquelle nous venons de nous arrêter un moment, et nombre d'autres tout aussi faciles à résoudre, ont donné lieu à des volumes de discussions qui seraient aujourd'hui entièrement déplacées. Nous sommes en droit d'en conclure que beaucoup de points scientifiques auxquels on a autrefois attaché une grande importance, ne méritent pas également tous d'attirer notre attention. Dispensés, par cette raison, de parler de beaucoup de maladies que les auteurs ont considérées comme pouvant simuler l'apoplexie, et demandant, sous ce rapport, une étude particulière, nous nous arrêterons aux seules d'entre elles qui présentent, dans leur marche habituelle, quelque ressemblance notable avec l'hémorrhagie encéphalique. Les unes ont leur siége dans le crâne; les autres hors de cette cavité. Leur diagnostic fera l'objet des deux articles suivans.

ARTICLE PREMIER.

Diagnostic des maladies ayant leur siége dans le crâne.

Parmi les maladies susceptibles de simuler l'apoplexie, et qui ont leur siége dans le crâne, les unes sont accompagnées ou produites par des lésions or-

ganiques; les autres existent sans lésions organiques appréciables. Je commence par l'examen de ces dernières.

A. *Maladies sans lésions organiques.* Nous rangerons dans cette espèce de maladies, 1° l'épilepsie; 2° quelques affections comateuses, probablement essentielles ou nerveuses; 3° le coup de sang.

1°. *De l'épilepsie.* On a cherché dans ces derniers temps à établir que l'épilepsie, même idiopathique, comme elle l'est presque toujours, reconnaissait pour cause une inflammation chronique, ou tout au moins une irritation inflammatoire permanente de la substance nerveuse du cerveau (1).

L'encéphale d'un épileptique s'éloigne sans doute de l'état normal; mais au commencement de la maladie, il n'est, à coup sûr, le siége d'aucune altération de tissu appréciable aux sens. Les lésions organiques qu'on trouve plus tard à l'ouverture des cadavres sont, comme dans l'aliénation mentale (2), évidemment consécutives. Pour l'ordinaire, elles ne contribuent pas plus au développement des accès que ces plaques osseuses de l'arachnoïde de la moelle épinière auxquelles plusieurs écrivains attribuent encore la production de l'épilepsie (3), bien que les recherches de M. Esquirol aient fait voir, il y a long-temps, qu'elles sont incapables d'exercer une

---

(1) *Extrait du rapport*, etc. *Arch. gén. de méd.* octobre 1825, p. 211. — *De l'épilepsie considérée dans ses rapports avec l'aliénation mentale.* Casauveilh et Boucher, *Arch. gén. de méd.* Janvier, 1826, p. 13.

(2) Georget, *De la folie*, etc. p. 425. — Maisonneuve, *Recherches et obs. sur l'épilepsie*, etc.

(3) Rayer, *Archives générales de méd.* Avril 1823, p. 497.

pareille influence (1). Au reste, cette maladie, dont le caractère purement *nerveux* n'est pas contestable (2), pourrait être confondue avec l'apoplexie. Elle lui ressemble par son début instantané. Bientôt pourtant elle s'en fait aisément distinguer. Ordinairement l'épileptique écume; il a le visage très-coloré, vultueux, gonflé, et éprouve presque toujours des secousses convulsives violentes de tout le corps. Mais, en supposant qu'il restât immobile, on reconnaîtrait facilement par l'examen de ses membres, qu'ils sont loin d'être frappés de paralysie.

2°. *Affections comateuses.* On peut rattacher à cet ordre de maladies, le *carus*, la *léthargie*, l'*apoplexie nerveuse*, et quelques autres affections caractérisées par un coma plus ou moins marqué.

Quand on lit avec attention un certain nombre d'observations données par les auteurs comme exemples de carus ou de léthargie, on y reconnaît, la plupart du temps, des maladies produites par une lésion organique, comme l'épanchement de sérosité des ventricules (3). Quelquefois aussi on ne peut en préciser la nature; mais dans tous les cas, on s'assure que la prédominance d'un symptôme, l'as-

---

(1) *Voy.* Georget, *Physiologie du système nerveux*, tom. II, p. 400, et *Bulletin de la faculté de méd.* 1817, n° 6, p. 424 et suiv.

(2) Au commencement de 1828, sept épileptiques furent empoisonnés à Bicêtre par l'acide hydrocyanique. L'ouverture des cadavres ne montra aucune lésion appréciable du système nerveux cérébro-spinal (Orfila, *Mém. sur l'acide hydrocyanique. Annales d'hyg.*, tom. I, p. 511). Nysten avait déjà rencontré un cas analogue, il y a plusieurs années. (*Bulletin de la faculté de médecine* 1815, n° 5, p. 359.)

(3) Willis, *pars secunda pathologica, sive de morbis*, p. 307 et seq.

soupissement, leur a seule fait imposer une dénomination particulière (1).

Rien n'est plus opposé au véritable esprit de la médecine, que de réunir et de présenter sous un même nom, comme identiques, des affections dont toute la ressemblance se borne à avoir un symptôme commun. C'est comme si l'on voulait continuer à classer les maladies de la tête ou de la poitrine sous la dénomination de céphalée, de dyspnée, de point de côté, etc. On ne pourrait le faire sans grouper ensemble des cas de nature évidemment fort différente. Il en serait de même si l'on conservait les noms de carus et de léthargie. Comment alors parvenir à distinguer de l'apoplexie des affections de caractère vraiment indéterminé, sinon par l'indication d'une circonstance évidemment trop générale pour servir de base à un diagnostic précis, savoir, que, suivant la remarque des auteurs, elles ne s'accompagnent pas de paralysie, ou se dissipent sans en laisser subsister après elles (2).

C'est aussi ce qui arrive dans ces affections comateuses, ou ces névroses du cerveau, auxquelles M. Chomel croit devoir spécialement réserver le nom d'apoplexie (3), et que M. Moulin désigne sous le nom de *névrose apoplectiforme* : (4) l'absence de la

---

(1) Willis, *pars secunda pathologica, sive de morbis*, de la p. 307 à 324. — La lenteur de la respiration, que Cælius Aurelianus donne comme signe de la léthargie, ne saurait vraiment être pathognomonique dans une affection cérébrale (*a*).

(2) Cælius Aurelianus, tom. I. *morb. acut.* lib. III, p. 230, et lib. II, p. 13. — Ballonius, *opera omnia*, etc. tom. I, p. 47.

(3) *Nouv. dict. de méd.*, tom. I, p. 161.

(4) *Traité de l'apoplexie*, etc., p. 85.

(*a*) Tom. I, p. 22, *acut. morb.*, lib. I, cap. VI.

paralysie sert principalement à les faire reconnaître. Par conséquent, Zuliani a commis une erreur des plus graves, en basant le caractère de l'apoplexie nerveuse sur la manifestation de la paralysie (1).

Comme la rareté de ces maladies n'a pas encore permis d'en donner une histoire exacte, rien n'autorise à assurer qu'elles puissent amener instantanément la mort (2), surtout quand on les voit habituellement, malgré leur apparente gravité, se terminer sans laisser de traces de leur existence passée. Quoi qu'il en soit, il est toujours possible de les distinguer de l'apoplexie : l'histoire suivante en est la preuve.

QUARANTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

Affection comateuse, probablement nerveuse.

Mayeux (Anne), âgée de cinquante ans, de Paris, sans état, d'un tempérament sanguin, assez bien constituée, cheveux châtains, visage un peu coloré, était sujette, depuis quelques années, à des accès de mouvemens convulsifs fort ressemblans à l'épilepsie, qui se manifestaient à des époques plus ou moins rapprochées, et, malgré cela, se livrait souvent à des excès de liqueurs spiritueuses. Dans la nuit

---

(1) *De apoplexiâ præsertim nervosâ*, etc. p. 33.

(2) Suivant Nymman, il existerait une *fausse apoplexie*, produite par le collapsus du cerveau, qui serait toujours mortelle et ne laisserait après elle aucune lésion dans les organes (*a*). Est-ce là la névrose apoplectiforme, à laquelle M. Moulin attribue à peu près les mêmes caractères (*b*)?

(5) Willis, *pars secunda pathologica, sive de morbis*, pag. 307 et seq.

(*a*) *Tractatus de apopl.*, p. 11 et 133.

(*b*) *Taité de l'apoplexie*, etc., p. 85.

du 8 janvier 1811, elle perdit tout à coup connaissance, sans que rien, suivant le rapport des assistans, eût paru déterminer cet accident. (*Potions antispasmodiques*, *vésicat. jamb. et entre les épaules.*)

Les jours suivans, la malade reste toujours sans connaissance, et on la transporte, le 13, à la Maison de Santé, dans l'état que voici : immobilité habituelle, par intervalles quelques secousses convulsives du côté gauche; ne parle pas, paraît ne pas entendre; visage coloré, respiration peu gênée; pouls, quatre-vingt-dix; ventre libre. (*Six sang. temp.; orang.*)

Les 14 et 15, même état : pas de selle. (*Jul. éther.; orang.; poud. cath.* ℈ij). Plusieurs selles dans la journée, et quelques mouvemens convulsifs à différentes reprises.

Les 16 et 17, paraît entendre; prononce quelques mots sans suite; visage moins coloré; pouls, quatre-vingt-quatre. (*Même prescript.*) Même état le 19.

Le 20, paraît mieux entendre; parle en bégayant, mais d'une manière assez suivie; langue un peu tournée à droite; pouls, soixante-dix-huit; ventre libre. (*Même prescript.*) Dans la soirée, quelques personnes de sa connaissance lui apportent de l'eau-de-vie, et elle en boit. Alternatives d'assoupissement, de délire et d'agitation, jusqu'au 24. (*Jul.; val. éther.; sinap.; orang.*)

Le 25, elle a entièrement repris sa connaissance; idées assez suivies; langue qui ne tourne plus à droite; douleur de tête. (*Jul.; val. éther.; orang.; sinap.*)

Le 26, elle peut également mouvoir tous ses membres, qui sont très-faibles; douleur de tête dissipée. (*Même prescript.*)

Le mieux continue à faire des progrès. Vers le 29,

la parole est beaucoup plus distincte, quoique toujours gênée. Le 3 février, la malade commence à marcher. Depuis cette époque elle éprouva quelques douleurs vagues dans les membres droits, avec sentiment de chaleur et de fourmillement, de la toux, quelques douleurs à l'épigastre, et autres accidens légers. Malgré cela, les forces continuaient à augmenter sensiblement, la parole était chaque jour plus libre, et, lors de sa sortie, le 28 février, elle était à peu de chose près aussi bien portante qu'avant sa maladie. (Pendant le reste de son séjour, *jul. val. éther.; orang.; jul. menthe, élix. propri.* ʒj.; *pil. aloét.; look.; vésicat. poit.; fumig. éther.* etc.)

Remarques. Malgré la promptitude de son début, malgré la persistance de la perte de connaissance, cette maladie a présenté dans sa marche, et surtout dans sa terminaison, tant de différence avec l'apoplexie, qu'on ne saurait douter, je pense, qu'elle ne soit d'une tout autre nature.

3°. *Coup de sang.* Le coup de sang ressemble beaucoup plus qu'aucune des maladies précédentes à l'apoplexie : je dirai même qu'à son début il est à peu près impossible de l'en distinguer. Cela m'engage à le décrire avec quelque détail, et à compléter son histoire par un exposé rapide de ses causes et de son traitement, chacun de ces points contribuant, à sa manière, à éclairer la question de diagnostic.

Par un concours de phénomènes, dont Wepfer a expliqué d'une manière très-satisfaisante l'influence mutuelle et l'enchaînement réciproque (1), il arrive que la circulation se trouve tout à coup empêchée

(1) *Historiæ apoplecticorum*, p. 157 et seq.

dans les vaisseaux de l'encéphale et de ses enveloppes; d'où résulte cette espèce de congestion, suivie de compression, à laquelle je réserve exclusivement le nom de coup de sang (1).

Les individus qu'elle atteint sont en général sujets à éprouver habituellement des vertiges. Un de ces accidens devenant plus fort leur fait perdre instantanément toute connaissance, et arrête en même temps les mouvemens volontaires. Presque toujours alors la face est rouge, vultueuse, et offre les principaux caractères désignés par les auteurs comme indiquant l'apoplexie sanguine. Le pouls est ordinairement fort, développé, modérément fréquent; la peau chaude, la respiration libre, très-rarement stertoreuse. Au bout de dix ou douze heures au plus tard, mais dans la grande majorité des cas, beaucoup plus tôt, le malade recouvre la connaissance. Le plus ordinairement il commence, dès ce moment, à se plaindre de douleur de tête, souvent accompagnée d'obscurcissement de la vue, de gène dans l'articulation des mots, de faiblesse et de fourmillement tantôt dans tous les membres, tantôt d'un seul côté, qui quelquefois semble complétement paralysé. Quelques heures plus tard,

(1) On appelait autrefois l'apoplexie coup de sang (*a*), ou plutôt on confondait sous cette dernière dénomination deux maladies, l'hémorrhagie, et la simple congestion sanguine de l'encéphale. Depuis quelques années, l'usage semble s'établir d'appeler l'hémorrhagie apoplexie, et la simple congestion, coup de sang (*b*).

(*a*) Tissot, *Avis au peuple*, p. 161.

(*b*) Moulin, *Traité de l'apop.*, etc., p. 92. — Lallemand, *Recherches anatomico*, etc., lettre première, p. 98. — Bayle, *Recherches sur les maladies mentales*, 1831, p. 12. — Pinel-Grandchamp, *Propositions*, etc., p. 12. — Calmeil, *De la paralysie chez les aliénés*, p. 346.

ces mêmes accidens ont déjà beaucoup perdu de leur intensité : enfin, il est rare de ne pas les voir se dissiper complétement au bout de six ou huit jours, lors même qu'il s'y est joint du délire (1), ce qui s'observe encore assez fréquemment.

Plusieurs auteurs ont prétendu que la simple congestion des vaisseaux de l'encéphale pouvait à elle seule amener la mort. Les uns, comme MM. Bricheteau, Virey et Guibert, ont produit des faits détaillés à l'appui de leur manière de voir (2); les autres, comme MM. Moulin, Lallemand, Calmeil, Cruveilhier, etc., se sont contentés d'une assertion pure et simple (3). L'analyse des écrits des trois premiers de ces messieurs va nous mettre à même de juger une opinion qui réunit tant de suffrages.

M. Bricheteau a composé deux mémoires sur le sujet en question. Son premier mémoire contient trois exemples de congestion encéphalique mortelle. Tous les trois nous la montrent compliquée au moins avec une maladie grave, l'anévrisme du cœur. Dans le second cas, on voit de plus une péripneumonie, et dans le troisième, outre cette dernière maladie, une entérite assez étendue. Nous retrouvons dans son second mémoire les mêmes observations, à la

(1) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, 2e édition, obs. LIX, p. 287.

(2) *Journal complémentaire du Dict. des sc. méd.*, octobre 1818. *Même journal*, juillet 1819. *De l'influence de la circulation*, etc. —*Essai sur l'apoplexie; diss. inaug.*, 1823.—*Arch. gén. de méd.*, septembre et octobre 1825.

(3) *Traité de l'apoplexie*, etc., p. 92.—*Recherches anatomico-path.*, etc. lettre 1re, p. 98; lettre 5e, p. 389. — *De la paralysie chez les aliénés*, p. 193 et 346. — *Dict. de méd. pratique*, t. III, p. 264.

réserve de la troisième que remplace un exemple de congestion compliquée d'hypertrophie du cœur, et d'un léger ramollissement de la protubérance annulaire. Il en est de même pour les sept observations de M. Vitry, excepté la seconde, où il n'y a eu que le crâne d'ouvert, et pour les quatre de M. Guibert, c'est-à-dire que toutes nous présentent la congestion encéphalique accompagnée de lésions organiques plus ou moins graves. On ne saurait donc en inférer qu'étant simple, elle est capable de produire la mort (1).

Quand il existe déjà des altérations intérieures considérables, il est assurément aisé de concevoir qu'un afflux de sang au cerveau peut, en arrêtant médiatement et d'une manière plus ou moins complète les fonctions des organes principaux, les mettre dans l'impossibilité de jamais les reprendre ; mais lorsqu'il n'existe aucun désordre dans l'organisme, les choses se passent bien différemment. Sous l'influence de la compression de l'encéphale, il s'établit un collapsus général, par suite duquel l'engorgement des vaisseaux

(1) De toutes les observations de congestion encéphalique suivie de mort, venues à ma connaissance, une seule, rapportée par M. Calmeil (*a*), pourrait, avec quelque apparence de fondement, être présentée comme un exemple de coup de sang simple. Cependant on s'assure aisément, en la lisant avec attention, que l'encéphale, et surtout ses membranes, étaient loin de se trouver dans l'état normal. La même remarque s'applique à plus forte raison à l'observation de congestion cérébrale publiée par M. Hervez de Chégoin. Il y avait, dans ce cas, une infiltration très-considérable de sang dans le tissu de la pie-mère, et non un simple afflux de ce liquide (*b*).

(*a*) *De la paralysie chez les aliénés*, obs. XXXIX, p. 199.
(*b*) *Journ. hebd. de méd.*, juin 1831, p. 282.

ne tarde pas à se dissiper. L'organe comprimé revient bientôt à ses fonctions, et rentre, sans obstacle, dans ses rapports habituels avec le reste de l'économie. Comment d'ailleurs admettre que la congestion cérébrale est à elle seule susceptible de déterminer la mort en quelques instans, lorsque, réunie à une hémorrhagie considérable, comme il arrive dans les fortes apoplexies, elle laisserait la vie durer pendant un temps en général assez long? D'après ces motifs, et d'autres qu'il serait facile de faire valoir, je me crois suffisamment autorisé à regarder le coup de sang comme une affection *toujours légère de sa nature.*

La promptitude avec laquelle ses symptômes disparaissent, même après de nombreuses récidives, et surtout cette particularité de ne jamais produire de paralysie prolongée, forment un caractère des plus saillans, qui doit nécessairement le distinguer des autres affections cérébrales, notamment de l'apoplexie. Les résultats fournis par l'ouverture des cadavres établissent, à leur tour, l'incontestable vérité de cette manière de voir, en nous montrant des altérations profondes et indélébiles de la substance de l'encéphale chez tous les apoplectiques, et une intégrité parfaite de cet organe chez les sujets qui, ayant eu autrefois des coups de sang, sont ensuite enlevés par d'autres maladies. Il est bien vrai que, dans quelques-uns de ces cas, on a trouvé les artères de l'encéphale ossifiées (1); mais de pareilles lésions ne peuvent évidemment être considérées comme la cause d'un mal qui s'observe presque toujours sans elles.

---

(1) Abercrombie, *Pathological and anatomical researches*, etc., p. 251.

Ainsi, malgré les vains efforts des gens intéressés à méconnaître l'utilité de l'anatomie pathologique, cette science, dont les données sont si positives, montre entre l'apoplexie et le coup de sang des différences telles, que cette dernière maladie ne semble même pas un degré de l'autre, et peut tout au plus en être considérée comme le prélude, l'avant-coureur (*Molimen hemorrhagicum*). Néanmoins beaucoup de médecins, quoique bien avertis par Pechlin (1), ont fréquemment pris ces maladies l'une pour l'autre. Par exemple, l'apoplexie de Turgot, dont la cure, au rapport de Portal (2), fit tant d'honneur à Bouvart, était tout simplement une congestion cérébrale, et l'on pourrait citer des centaines de faits analogues (3). Peut-être aussi convient-il de rapporter au même genre d'affection la plupart des cas décorés du nom d'apoplexie nerveuse ou de névrose apoplectiforme. Ils présentent en effet, presque tous, dans leur marche, leurs symptômes, leur terminaison habituelle, l'ensemble des caractères que nous avons reconnus appartenir au coup de sang (4), si l'on en excepte, comme le veut M. Moulin, le gonflement et la rougeur de la face (5).

Au reste, je ne prétends pas dire pour cela que,

---

(1) *Diss. de apoplexiâ*, p. 13.

(2) *Observations sur la nature et le trait. de l'apoplexie*, etc., p. 111.

(3) *Op. cit.* : obs. 1re, p. 41. Un négociant, p. 81. Obs. 2, p. 95. Un marchand, p. 101. obs. 2, p. 112.—Observation sur une hémiplégie rhumatique nerveuse, dissipée en quatre heures. *Bull. de la Fac. de méd.*, etc., 1810, p. 79.—Forestus, *opera medica. Obs médic.*, p. 69. — *Bib. méd.*, mai 1820, p. 224.

(4) Chomel, *Nouv. dict. de méd.*, tom. 1, p. 162.

(5) *Traité de l'apop.*, etc., p. 84.

par suite d'une affection purement nerveuse du cerveau, et sans aucun trouble de circulation dans cet organe, il ne puisse jamais se développer des accidens plus ou moins graves, susceptibles même d'amener la mort. Mais de pareils cas bien constatés sont infiniment rares, et leur nombre, comparativement à celui des autres, diminue progressivement à mesure que des connaissances plus exactes en anatomie pathologique nous apprennent à mieux apprécier la valeur des désordres organiques. En outre, on a plus d'une fois cru reconnaître l'apoplexie dite nerveuse, lorsqu'il existait une autre maladie, et que la mort était, par exemple, l'effet d'une syncope. Cela nous porte à conclure que si l'existence de l'apoplexie nerveuse est bien prouvée, son étude n'a point encore fait tous les progrès dont elle est susceptible.

Toutes les causes capables d'apporter un certain obstacle à la circulation du sang dans les vaisseaux de l'encéphale, peuvent y produire sa congestion. Sous le rapport de la manière dont elles la déterminent, elles sont de deux sortes. Les unes empêchent le retour du sang au cœur; les autres le portent en quantité excessive vers la tête. On doit compter parmi les premières les efforts violens, les ligatures de diverses espèces, une cravate trop serrée, etc. Aux secondes appartiennent la plupart des vives affections morales, une grande joie, un mouvement de colère, les excès de liqueurs spiritueuses, une disposition anévrismatique du ventricule gauche, etc. Peut-être aussi convient-il d'admettre au nombre des causes de la congestion cérébrale un mouvement fluxionnaire plus ou moins indépendant de la circulation générale. Malgré cela, l'état du cœur n'en exerce pas moins une très-grande influence sur la

production du coup de sang, tandis qu'il en a très-peu sur celle de l'apoplexie. C'est encore là un caractère distinctif important de ces deux affections.

La connaissance des causes de la congestion cérébrale nous met à même de lui opposer un traitement prophylactique, méthodique et efficace. Ainsi, pour maintenir libre la circulation du sang, on bannira avec soin l'usage des vêtemens ou partie de vêtemens capables d'y apporter des obstacles. Le même motif déterminera le choix des attitudes que l'on doit garder long-temps, soit durant la veille ou pendant le sommeil. Dans ce dernier cas, il est indispensable de coucher sur un lit fortement incliné de la tête aux pieds. Afin de prévenir l'afflux du sang au cerveau, le sujet observera un régime sobre, délayant, ou au moins exempt de toute qualité stimulante. Il évitera de se livrer à des exercices violens, et de s'abandonner aux affections morales susceptibles d'activer brusquement la circulation. Que si, malgré ces précautions, et autres faciles à déterminer, l'imminence d'une congestion encéphalique se faisait encore remarquer, l'attaque elle-même serait sans doute facilement prévenue par une saignée du bras ou l'application de sangsues à l'anus, suivant qu'il y aurait indication pour préférer l'une de ces évacuations sanguines à l'autre. Quant au traitement de l'affection déclarée, sa nature légère fait qu'ordinairement les accidens sont déjà beaucoup diminués quand le médecin arrive auprès du malade. Cela ne doit cependant pas l'empêcher de continuer à les combattre. Il le fera efficacement par une ou tout au plus deux saignées, par des lavemens purgatifs et l'usage d'une tisane délayante, donnée abondamment. Néanmoins la maladie pourrait se montrer avec un caractère plus

grave encore que nous ne le supposons ici. Dans ce cas, il faudrait lui appliquer un traitement en tout semblable à celui que nous avons proposé pour l'apoplexie.

Cherchons maintenant à confirmer par quelques observations particulières les points principaux de doctrine dont on vient de voir l'exposition.

QUARANTE-HUITIÈME OBSERVATION.

Coup de sang simulant l'apoplexie.

Poirot (Dominique), âgé de soixante-dix ans, de Paris, garçon de bureau, d'un tempérament sanguin, très-replet, gros mangeur, sujet à s'enivrer, et à éprouver des douleurs de rhumatisme vagues dans les membres gauches, jouissait, malgré ses excès, d'une très-bonne santé. Il y a six semaines qu'étant ivre, il tomba sans connaissance, et resta plusieurs heures dans la rue. Après cet accident, il avait joui de sa santé accoutumée.

Le 6 mars 1810, on le trouva étendu dans sa chambre, sans connaissance, à moitié déshabillé : il était rentré la veille à neuf heures du soir, probablement encore ivre. (*Saign. pied; tart. stib.*), qui ne produisent aucun effet.

On le transporte ensuite à la Maison de santé, dans l'état suivant : visage coloré, pouls et respiration naturels; possibilité de mouvoir également tous les membres; entend, mais ne peut pas parler. (*Orang.*) Dans la soirée, la parole revient. Plusieurs selles.

Le 7, douleur de tête; pouls, quatre-vingt-seize. (*Orang.; six sang. temp.*) Très-peu de sommeil.

Le 8, douleur de tête dissipée, parole bien libre; pouls, soixante-seize. Une selle. (*Mxt. sal. liq. Hoff.* ℈ij; *orang.*)

Le 9, se plaint de souffrir dans les membres gauches et de peu dormir; bien du reste. Il commence à marcher. (*Même prescript.*; *vésicat. bras gauche.*)

Vers le 11 ou 12, il avait recouvré le sommeil, et se trouvait absolument aussi bien qu'avant sa maladie, excepté qu'il souffrait un peu plus des membres gauches. Il resta pour cela jusqu'au 27 avril, et sortit, après avoir éprouvé une amélioration sensible de ses douleurs. (*Bard.*; *poud. Dover.*; *mxt. gom. gaïa.*; *vésicat. cuiss.*, etc.)

QUARANTE-NEUVIÈME OBSERVATION.

Coup de sang.

Pain-Blanc (Jeanne), âgée de soixante-quinze ans, de Laferté (Manche), ancienne loueuse de fiacres, d'un tempérament sanguin, bien constituée, petite, d'un embonpoint ordinaire, avait, en abandonnant sa profession, il y a environ un an, quitté une vie très-active pour une vie absolument oisive. Depuis environ six semaines elle avait été exposée à éprouver quelques légers vertiges; du reste, sa santé ne paraissait dérangée en rien. Le 5 mai 1810, elle éprouva un étourdissement très-fort, qui lui fit perdre connaissance. Quelques heures après elle revint un peu à elle, et parut alors hémiplégique du côté droit. Le lendemain on la transporta à la Maison de santé, dans l'état suivant : faiblesse très-grande des membres droits, état de léger délire, parole presque inintelli-

gible, pouls peu fréquent, langue nette. (*Jul. éther.; orang.*)

Le 8, assez de suite dans les idées, peu de sommeil. (*Même prescript.*)

Le 9, mouvemens des membres droits plus faciles et plus étendus; elle y éprouve des picotemens incommodes. (*Même prescript.; vésicat. nuq.*)

Les 10 et 11, les picotemens cessent. Le 12, la malade peut marcher; mais elle est toujours plus faible du côté gauche, et éprouve quelque peu d'étourdissement étant debout : ventre peu libre, sommeil, appétit. (*Même prescript., de plus poud. cathar.*)

Les jours suivans, le mieux continue à s'établir. Lors de sa sortie de la maison, le 20, Pain-Blanc avait à peu près repris entièrement son état de force et de santé ordinaire.

Remarques. Autant que les conjectures peuvent nous faire reconnaître ce que nos yeux ne sauraient découvrir, on peut raisonnablement regarder avec M. Bayle les vaisseaux des méninges comme étant, bien plus que ceux de la substance cérébrale, le siége de la congestion sanguine (1). Mais nous ne saurions, comme ce médecin, mettre l'absence du délire au nombre des circonstances propres à faire distinguer le coup de sang (2). L'observation de Pain-Blanc, et plusieurs autres en tout semblables, nous montrent évidemment qu'admettre une pareille opinion serait s'écarter de la vérité.

---

(1) *Recherches sur les maladies mentales; Diss. inaug.* 1822, p. 12.

(2) *Op. cit.*, p. 12.

CINQUANTIÈME OBSERVATION.

Coup de sang.

Grillard (Antoine), âgé de soixante-huit ans, de Fribourg (Suisse), portier, d'un tempérament sanguin-lymphatique, d'un embonpoint médiocre, bien constitué, ayant les cheveux châtains-clair, jouissait d'une assez bonne santé pour son âge, quoique fatigué par intervalles, depuis quatre ou cinq ans, par les retours fréquens d'un catarrhe pulmonaire fort incommode, lorsqu'il fut pris tout à coup, le 25 janvier 1811, d'un étourdissement très-fort, avec perte complète de connaissance. Au bout d'environ une heure il revint à lui, se sentant la tête pesante et douloureuse, éprouvant une grande gêne dans la prononciation des mots. Aucun médicament.

Le 26, tête toujours douloureuse. (*Sang. anus.*)

Le 27, moins de douleur de tête, articulation des mots encore difficile. (*Inf. til.*)

Le 28, jour de l'entrée à la Maison de santé, à peu près même état; pouls, quatre-vingt-quatre; langue blanche. (*Huit sangs. temp.; orang.*) Peu de sommeil.

Les 29 et 30, peu de douleur de tête, du sommeil. (*Orang.*)

Le 31, un peu de pesanteur de tête; se sent bien du reste; parole parfaitement libre. (*Orang.*)

Les jours suivans, il éprouve encore quelques légers étonnemens de tête, et un peu de constipation. (*Jul.; val. éther.; orang.; poud. cath.*)

Le 5 février, lors de sa sortie, il se sentait à peine de son accident.

Remarques. On voit, d'après ces observations, que

les symptômes observés dans le coup de sang sont en quelque sorte éphémères. La perte de sentiment, la paralysie, se dissipent au bout d'un temps fort court. Ils ne dépendent donc pas d'un épanchement de sang dans la substance du cerveau. Le fait suivant lève tout doute à cet égard. Grillard, dont on vient de lire l'histoire, succomba, six mois après, à une péripneumonie. L'examen du cerveau ne présenta pas la moindre altération dans cet organe; ce qui n'aurait certainement pas eu lieu, s'il eût été le siége d'une hémorrhagie. J'ai été à portée d'observer quatre ou cinq fois la même chose dans des cas analogues (1); et depuis, les travaux de MM. Bayle et Calmeil ont montré que les coups de sang, si fréquens chez certains aliénés, avaient lieu sans aucune altération dans le tissu de la substance de l'encéphale (2).

CINQUANTE-UNIÈME OBSERVATION.

Coup de sang.

« Le nommé Charpentier père, propriétaire, âgé de soixante-sept ans, d'un tempérament éminemment sanguin, sujet aux vertiges, aux éblouissemens, aux pesanteurs de tête, éprouve, le 30 septembre, au moment où il sortait de son lit, un engourdissement général de tous les membres, se laisse tomber par terre, et ne peut plus que balbutier : on le relève, et on le met dans son lit.

» Je le trouve dans un état complétement coma-

(1) Voy. *ci-dessus*, obs. XIII, p. 43.

(2) *Traité des maladies du cerveau*, p. 473. — *De la paralysie chez les aliénés*, p. 193 et suiv.

teux, avec abolition du sentiment et du mouvement, le pouls très-fort et très-développé, la respiration stertoreuse, la déglutition tout-à-fait impossible, le visage très-coloré, la bouche remplie d'une salive écumeuse. Cet homme avait, la veille au soir, foulé lui-même sa cuve en fermentation; ce qui a pu porter au cerveau le sang avec plus d'abondance et d'impétuosité, et causer par suite une compression de la substance médullaire.

» Je fais transporter le malade de son lit dans un fauteuil exposé à un air frais et renouvelé, et je prescris une saignée de pied, puis l'application sur la tête de plusieurs ventouses scarifiées, qui procurent une grande évacuation de sang. Le soir, l'ouverture de l'artère temporale, plusieurs lavemens avec une forte décoction de tabac et d'autres substances irritantes, des sinapismes aux jambes, et la flagellation avec les orties. Par ces moyens, qui se succédèrent promptement, j'ai la satisfaction, au bout d'environ trente-six heures, de voir rétablir la déglutition, et je donne en abondance de l'eau émétisée, ce qui procure des vomissemens copieux. Le malade commence à connaître ceux qui l'entourent, à répondre aux questions qu'on lui adresse. Je lui conseille l'usage d'une légère infusion d'arnica, et alternativement de valériane sauvage. Le malade n'a pas tardé à être rendu à la santé et à sa famille, ne conservant aucune des incommodités qui sont assez souvent la suite de l'apoplexie.»

Remarques. L'auteur de cette observation croyant avoir eu à traiter une apoplexie grave (1), et non

---

(1) Maugras de Ste-Croix, *Observation sur une apoplexie sa-*

un simple coup de sang, attribue la prompte guérison de son malade aux moyens thérapeutiques qu'il a employés. Quelques-uns d'entre eux, au contraire, nous semblent plutôt capables de l'avoir entravée. Par exemple, le tartre stibié a dû augmenter passagèrement la congestion cérébrale; et le lavement de tabac a pu difficilement, vu sa propriété narcotique, ne pas nuire à un sujet qui, ayant respiré la veille de l'acide carbonique, devait sans doute, en grande partie, son accident à l'action d'un gaz dont l'influence fâcheuse se fait encore sentir long-temps après qu'il a été absorbé, comme l'a très-bien vu Fontana (1).

J'en prendrai l'occasion de faire remarquer que rien n'est plus irrationnel que d'administrer des lavemens de tabac (2) aux asphyxiés. Il faut n'avoir jamais éprouvé soi-même les angoisses accablantes du narcotisme produit par la fumée ou par la poudre du tabac, pour oser y soumettre des malheureux chez qui la vie ne tient plus qu'à un fil. J'en dirai autant de l'administration du même remède dans les

---

noncée par les symptômes les plus graves. Bib. méd., août 1822, p. 201.

(1) *Opuscules physiques et chimiques*, p. 5 et suiv. — Collard de Martigny, *Arch. gén. de méd.*, juin 1827, p. 223. — Roche, *Op. cit.*, tom. XIII, p. 461.—Brougthon, *Recherches expérim.*, *op. cit.*, tom. XXIII, p. 102.

(2) Il faut n'avoir jamais éprouvé sur soi, ni observé sur les autres, le cruel effet narcotique du tabac, pour oser recourir à l'administration de ce remède. Passe encore qu'on puisse l'employer dans des cas où une des premières indications à remplir est de provoquer les déjections alvines, comme dans une hernie engouée; mais qu'on donne encore le même remède dans un cas d'affection soporeuse, c'est ce que je ne puis comprendre.

cas de hernies étranglées. Bien qu'il ait en sa faveur l'autorité des praticiens les plus distingués, il n'en est pas moins désapprouvé par la saine raison.

CINQUANTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Coups de sang répétés un grand nombre de fois; lésion des artères cérébrales, et gangrène sénile (1).

« Un homme âgé de cinquante-huit ans fut atteint, en 1805, d'une hémiplégie du côté droit, sans autre accident. Il se rétablit graduellement sous l'effet du traitement habituel, et au bout de six mois il était entièrement remis, à cela près d'un peu de faiblesse dans la jambe droite. En 1812, il éprouva une seconde attaque, précédée de douleur de tête. Il en guérit aussi graduellement, mais moins bien que de la première. De 1812 à 1817, il ressentit quatre autres attaques, qui furent dissipées par les remèdes habituels, les saignées et les purgatifs. En 1817, il fut de nouveau affecté d'une grave paralysie du côté droit : la bouche fut déviée à gauche, la parole devint inintelligible. Il se trouva soulagé par les saignées, etc.; mais il ne se rétablit jamais bien de cette dernière attaque. La paralysie du côté droit persista, ainsi que la déviation de la bouche et l'impossibilité d'articuler distinctement les mots. En novembre 1818, il commença à être affecté d'une gan-

(1) Abercrombie, *Pathological and anatomical researches*, etc., p. 250, *obs.* cx. *Voyez* aussi page 249, *obs.* cix, un cas fort analogue, sous le rapport des symptômes seulement.

grène des orteils, qui fit des progrès assez lents, et amena la mort en avril 1819.

» Depuis 1805, époque de sa première attaque, jusqu'en 1812, où il en eut une seconde, ce malade éprouvait constamment, dès qu'il essayait de lire ou d'écrire, un trouble intellectuel et une forte douleur de tête, qui le forçaient de s'arrêter immédiatement. Mais après l'attaque de 1812, il devint capable de lire et d'écrire, sans éprouver ni trouble, ni douleur de tête, et même sans employer de lunettes, dont il avait, avant cela, l'habitude de se servir.

» *Ouverture du cadavre.*

» *Crâne.* La dure-mère était sensiblement épaissie, ainsi que la pie-mère, qui paraissait très-vasculaire. Les artères du cerveau, gravement altérés, avaient leurs parois épaissies, et dans quelques endroits ossifiées. Cette disposition morbide se faisait surtout remarquer dans les principales branches des carotides et des vertébrales, jusque dans leurs plus petites divisions. Les carotides internes paraissaient plus larges que d'ordinaire, ayant leurs parois fort épaissies. Les vertébrales étaient encore plus profondément altérées, principalement au voisinage de la protubérance annulaire, où la basilaire, devenue presque friable, donnait naissance à des branches tout aussi considérablement lésées dans leur texture. »

Remarques. Si l'on avait examiné les artères des parties frappées de gangrène, on les eût sans doute trouvées atteintes de cette espèce d'altération qui s'y présente toujours, dans la gangrène sénile, dont elle est une des principales causes, suivant M. Du-

puytren (1). Quant à la lésion si remarquable des artères cérébrales, c'est peut-être le cas de s'en servir pour expliquer, d'après l'hypothèse d'Abercrombie (2), les coups de sang nombreux auxquels son malade a été sujet, et surtout l'intensité et la prolongation d'accidens bien propres à faire croire, chez lui, à l'existence d'une hémorrhagie encéphalique. Tout, en effet, autorise à penser que, dans ces cas, la circulation cérébrale éprouvait, par suite de l'état morbide des artères, des obstacles capables de troubler au plus haut point l'innervation, d'où la longue durée de la paralysie, du trouble intellectuel, etc. Mais en reconnaissant l'influence exercée par les lésions artérielles sur la production de ces divers phénomènes, elle ne nous en paraît pas moins incapable de déterminer la déchirure hémorrhagique, qui, dans la supposition opposée, aurait dû avoir lieu ici, ou jamais non.

B. *Maladies avec lésions organiques.* Les plus remarquables de ces maladies, sous le rapport de leur ressemblance avec l'apoplexie, sont : 1° l'épanchement de sérosité dans les ventricules du cerveau; 2° l'arachnitis; 3° diverses lésions organiques de l'encéphale, de ses membranes, ou une hémorrhagie lentement opérée à leur surface.

1°. *Épanchement de sérosité.* L'épanchement séreux des ventricules présente deux variétés bien

---

(1) Allibert, *Recherches sur une occlusion encore peu connue des vaisseaux artériels, considérée comme cause de gangrène. Diss. inaug.*, avril 1828.

(2) *Pathological and anatomical researches*, etc., p. 242 et 250. — Autre coup de sang simulant l'apoplexie, *obs.* CIX, p. 249.

tranchées. Dans l'une, l'accumulation de sérosité se fait avec lenteur : c'est l'*hydrocéphale chronique* proprement dite; dans l'autre, elle a lieu d'une manière beaucoup plus prompte, et produit l'affection improprement nommée *apoplexie séreuse*, ou *fièvre cérébrale des vieillards*, véritable hydropisie aiguë. Il sera aisé de voir, par les observations que nous allons rapporter de ces maladies, combien elles diffèrent de l'apoplexie.

CINQUANTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Épanchement lent de sérosité dans les ventricules du cerveau, ou hydrocéphale chronique (1).

Pilet (Jean-Baptiste), âgé de soixante-neuf ans, de Primery (Nièvre), sans état, d'un tempérament lymphatico-sanguin, cheveux châtains-clair, d'un embonpoint médiocre, reçut, il y a environ six mois, un coup violent à la tête. Immédiatement après, il était tombé dans un grand hébêtement, ne se rappelant rien de ce qu'on venait de lui dire, agissant sans motifs et sans savoir ce qu'il faisait. Au bout de deux ou trois mois de cet état, il avait éprouvé un peu de mieux. Il en profita pour se livrer à des excès de boisson, et retomba bientôt comme il était auparavant. Depuis, il ne s'était opéré aucune amélioration dans

(1) M. Ramond a vu l'hydrocéphale chronique simuler une maladie de l'estomac (*Bib. méd.*, juillet 1822, p. 79). C'est ainsi qu'on voit souvent à la Salpêtrière, des squirrhes du cerveau produire des vomissemens dont la persistance a fait, plus d'une fois, croire à un cancer de l'estomac, suivant ce que m'a dit mon ami le docteur Lefebvre.

son état. Bien loin de là, il s'était graduellement affaibli, sans éprouver cependant d'accident remarquable. Lors de son entrée à la Maison de santé, le 28 avril 1810, voici les symptômes qu'il présentait: faiblesse très-grande des jambes, regard hébété, assez de justesse dans les réponses, mais oubliant de suite ce qu'on vient de lui dire; laissant aller ses excrémens sous lui; pouls naturel, sommeil, très-bon appétit. (*Jul. éther.; orang.*)

Vers le 10 mai, il ne peut plus se lever; à peine s'aperçoit-il qu'on lui parle; toujours bon appétit. (*Jul. éther.; orang.*)

La faiblesse fait des progrès. Le 18, perte de l'appétit, léger assoupissement. Le 19, aphonie. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre.

L'habitude extérieure n'offrait rien de remarquable.

Crâne. Peu de sang dans les vaisseaux et les sinus de la dure-mère, qui était pâle; infiltration d'une petite quantité de sérosité entre la pie-mère et l'arachnoïde, principalement à la partie postérieure des hémisphères.

Les ventricules latéraux contenaient environ six onces de sérosité incolore et limpide. La cloison transparente était rompue, la voûte à trois piliers très-mince, et d'une grande fermeté, les plexus choroïdes pâles et décolorés. Toute la masse encéphalique était parfaitement saine.

Poitrine et abdomen. Les organes contenus dans ces deux cavités n'offraient aucune altération.

Remarques. En comparant ces faits avec les ob-

servations que les auteurs nous ont données de l'hydrocéphale chronique (1), on y reconnaît aisément une identité de caractère, sur laquelle il serait superflu d'insister, ainsi que sur les différences qui distinguent cette maladie de l'apoplexie. Quand l'épanchement séreux des ventricules affecte une marche aiguë, sa distinction n'est pas aussi facile à établir; cependant il n'est pas impossible d'y parvenir, comme nous allons le voir dans les observations qui suivront.

CINQUANTE-QUATRIÈME OBSERVATION (2).

Épanchement rapide de sérosité dans les ventricules du cerveau, autrement fièvre cérébrale des vieillards.

« Un homme d'une habitude extérieure grêle, âgé de quarante ans, atteint d'une fièvre aiguë, perdit la parole dans la nuit, le neuvième jour de sa maladie. Il n'indiquait par aucun signe qu'il entendît les questions qu'on lui faisait. Il conservait cependant un peu de sensibilité et de motilité dans les membres. Il mourut le treizième jour.

» Le cerveau était sain et dans l'état naturel, excepté qu'il se trouvait de la sérosité infiltrée dans ses membranes extérieures, et que les ventricules en étaient pleins. »

---

(1) *Bulletins de la Fac.*, etc., 1815, p. 432. — *Hydrocéphale guérie par la ponct.*, *Bib. méd.*, mai 1820, p. 263. — *Cas d'hydrocéphale, op. cit.*, octobre 1820, p. 127. — Cas analogue, *Arch. gén. de méd.*, mai 1824, p. 210 et 213. — *Hydrocéphale guérie par la ponction :* Graefe, *Arch. gén. de méd.*, mars 1832, p. 409.

(2) Morgagni, *Epist. anat. medic.* IV, art. 6.

CINQUANTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

Épanchement aigu de sérosité dans les ventricules du cerveau.

Fournier (Marie-Anne), âgée de soixante-quinze ans, de Gondrecourt (Meurthe), sans état, d'un tempérament bilieux-sanguin, petite, maigre, cheveux bruns, tomba malade et s'alita vers le 14 février 1810. Un ou deux jours après, elle perdit connaissance, et resta plongée dans un coma profond. On la porte à la Maison de santé le 18, dans l'état suivant : pouls plein, dur, fréquent : cent huit; respiration parfois un peu stertoreuse, visage altéré, pâle, livide; langue noirâtre, aphonie. (*Jul. éther.; oring.; sinap.*)

Le 19, à peu près même état, nul signe de connaissance, pouls un peu intermittent, pas de selle. (*Même prescription.*)

Le 20, mêmes symptômes, déglutition difficile; cependant le visage paraît moins altéré : deux selles. (*Même prescription.*)

Mort le 21.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Rien de remarquable.

Crâne. Léger engorgement des vaisseaux de la dure-mère. Un peu de sérosité épanchée à la base du crâne. Les ventricules latéraux en contenaient environ deux onces. La substance cérébrale était parfaitement saine.

Les organes de la poitrine et de l'abdomen étaient dans la plus grande intégrité.

CINQUANTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Épanchement aigu de sérosité dans les ventricules du cerveau, passant à l'état chronique (1).

« Un gentleman, âgé de quatre-vingts ans, mais vigoureux et actif, plutôt maigre, commença, vers le 9 juin 1813, à éprouver un affaiblissement de la mémoire, accompagné de difficulté à prononcer les mots, et de rougeur de la face. Il paraissait aussi ressentir parfois de la faiblesse dans le bras droit, laissant assez souvent échapper ce qu'il prenait de la main droite; mais il n'en voulait pas convenir. Il n'éprouvait ni douleur de tête, ni vertige; mais il disait être faible, et ne pas se trouver dans son état de bonne santé. Le pouls était naturel et bien soutenu. Après une saignée du bras, suivie de purgation, et une diète bien dirigée, il éprouva de l'amélioration. Il avait en grande partie recouvré sa mémoire; la rougeur de la face avait disparu, et il parlait plus distinctement. Il allait habituellement se promener, et sa marche était ferme.

» Bientôt après, quoi qu'il en soit, il éprouva du trouble dans ses idées, particulièrement le 27, où ayant essayé d'écrire une lettre, il fut obligé d'y renoncer. Il se plaignait de ne pouvoir en suivre le sens, et d'éprouver de la difficulté à épeler les mots.

(1) Abercrombie, *Anatomical and pathological researches*, etc., *obs.* XCI, p. 214.

Son écriture était à peine lisible, et les lignes en étaient de travers. Le 28, il parut beaucoup mieux. La nuit suivante, il dormit mal, se leva vers quatre heures du matin, se plaignant d'inquiétude et de malaise; puis, après s'être un peu promené dans sa chambre, il alla se remettre au lit. Comme il y restait tranquille, sa famille ne voulut pas le déranger jusque vers huit ou neuf heures. On le trouva alors plongé dans le coma, ayant le pouls plein, à quatre-vingts pulsations; la physionomie naturelle, ne pouvant point avaler, et dans un état d'insensibilité complète, remuant seulement par intervalles sa main droite. Une large saignée fut suivie d'une excessive pâleur de la face, et le pouls resta ensuite faible pendant un temps fort long: le coma n'éprouva aucune diminution. Les remèdes usités en pareil cas n'eurent aucune espèce de résultat favorable, et le malade passa sept jours entiers dans l'assoupissement le plus complet, sans que son état présentât aucun changement notable. Il remuait souvent les membres droits, jamais les gauches. Parfois il grattait une éruption herpétique qu'il avait à la cuisse, et dérangeait fréquemment son bonnet de nuit. Une fois ou deux il ouvrit les yeux pendant quelques secondes. Les pupilles avaient leur diamètre ordinaire, et se contractaient à l'approche d'une lumière. Émission des urines involontaire, déglutition toujours impossible. Le pouls varia entre quatre-vingts et cent pulsations, et ensuite s'éleva à cent vingt. Dans cet état d'apoplexie parfaite, la mort arriva le 5 février. Peu de jours auparavant, il s'était formé à la nuque, un abcès qui était assez douloureux pour que le malade remuât de suite la tête dès qu'on le touchait.

« *Ouverture du cadavre.*

» *Crâne.* Une assez grande quantité de sérosité sortit à l'ouverture du crâne. On en trouva aussi beaucoup d'épanchée sous l'arachnoïde et dans les ventricules : en tout elle pouvait être évaluée à trois ou quatre onces. Aucune autre espèce d'altération ne fut observée dans le cerveau. »

Remarques. On peut déjà voir, par les trois dernières des observations précédentes que l'épanchement aigu de sérosité dans les ventricules du cerveau diffère beaucoup de l'apoplexie. Quelques réflexions sur sa marche habituelle achèveront de le prouver.

Ordinairement il est annoncé, pendant un temps plus ou moins long, par de la douleur de tête, un trouble intellectuel, une faiblesse générale, un état de torpeur tout-à-fait insolite. Souvent aussi les symptômes précurseurs manquent. Dans tous les cas, il se déclare sous la forme d'un coma profond qui dure jusqu'à la mort, sans présenter d'intervalle bien appréciable de diminution. Au moment où il se manifeste, la face est ordinairement colorée, quelquefois couverte de gouttelettes de sueur, et présente l'expression propre au sommeil. La peau est chaude, le pouls plein, grand, peu fréquent d'abord, quoiqu'il le devienne ensuite, en s'affaiblissant presque toujours dans la même proportion. L'excrétion de l'urine et des fèces se fait involontairement; la déglutition est souvent impossible; les pupilles paraissent privées de contractilité. Dans cet état, les membres restent flasques, et on pourrait les croire paralysés; mais leur immobilité paraît uniquement tenir à l'absence de volonté pour les mouvoir. Quand

les membres d'un côté n'exécutent aucun mouvement, on ne saurait, par cela seul, les déclarer atteints de paralysie, au moins de cette paralysie qui tient à une lésion organique, car l'ouverture des corps n'en montre alors aucune (1), excepté l'épanchément de sérosité, qu'on ne peut raisonnablement croire capable d'exercer une pression assez inégale pour amener la paralysie d'un côté, en laissant l'autre sain. Celle-ci est donc la plupart du temps douteuse, ou bien, comme dans l'observation d'Abercrombie, elle atteint le côté qui semblait devoir en être exempt. C'est assez dire combien on est peu fondé à en faire, à l'exemple d'Hoffmann (2), dont M. Moulin adopte en partie l'opinion (3), le symptôme pathognomonique de l'épanchement aigu de sérosité.

Les symptômes inflammatoires du début de cette maladie, encore plus que leur marche progressivement croissante, lui donnent toute l'apparence des maladies désignées sous le nom d'hydropisie active (4). On sait que dans ces affections un état sub-

---

(1) On observe fréquemment la paralysie, indépendamment de toute lésion physique appréciable (*a*). Cependant il ne faudrait point en conclure qu'alors il n'existe aucun désordre matériel. La vérité est plutôt dans l'opinion opposée; en voici la preuve. Si, comme Valsalva l'a fait souvent sur des chiens (*b*), on serre fortement chacun des nerfs de la huitième paire avec une ligature, qu'on enlève ensuite au bout de quelque temps, la mort a lieu comme par la section de ces nerfs, qui, dans l'expérience en question, ne présentent aucune lésion visible à l'endroit où ils ont été liés. Cependant il est impossible de ne pas admettre qu'ils sont en réalité très-gravement lésés.

(2) *De hemorrhagiâ cerebri*, tome II, p. 242.

(3) *Traité de l'apoplexie*, etc., p. 110 et 115.

(4) Breschet, *Recherches sur les hydropisies actives*, 1813.

(*a*) *Dict. de méd.*, art. PARALYSIE, tom. XVI, p. 165.

(*b*) *De aure humanâ tractatus*, cap. v, n° 8.

inflammatoire des séreuses fait en quelque sorte pleuvoir la sérosité à leur surface. Ce qui arrive pour le péritoine, pour la plèvre, etc. (1), a lieu également pour la membrane interne des ventricules. On conçoit facilement, d'après ses rapports anatomiques, que l'épanchement dont elle devient brusquement le siége, donne lieu à des symptômes comateux des plus graves, et cependant distincts de ceux que produit une hémorrhagie dans l'encéphale.

Quelles que soient l'exactitude et la vérité de cette manière de voir, elle n'a pas empêché plusieurs médecins de nos jours, notamment M. Martin-Solon, de chercher à faire revivre l'apoplexie séreuse, ou l'hypothèse dans laquelle on regarde l'épanchement de sérosité dans les ventricules du cerveau, comme susceptible de s'effectuer instantanément, et de produire alors tous les symptômes d'un épanchement de sang considérable. Mais les trois faits (2), dont il croit pouvoir appuyer cette opinion, sont loin de lui être favorables. En voici la preuve.

La première observation, recueillie dans l'hôpital dont il est médecin (3), parle d'un vieillard atteint d'œdème général, par suite d'une hypertrophie du cœur, qui, après huit jours d'un traitement, sous l'influence apparente duquel l'œdème s'était dissipé, mourut subitement en revenant des lieux d'aisance, ayant le visage violet. A l'ouverture du cadavre on trouva, entre

(1) Samson, *Considérations générales sur les hydropisies : Diss. inaug.*, décembre 1813.

(2) Je crois devoir passer sous silence un quatrième fait où il s'agit d'une malade dont tout le commémoratif se borne à dire qu'elle fut apportée mourante à l'Hôtel-Dieu.

(3) *Journal hebd. de méd.*, septembre 1831, p. 353 et suiv.

autres lésions de la poitrine, le cœur d'un tiers en sus de son volume ordinaire, considérablement distendu par du sang, et aminci surtout du côté droit. A la vérité, il y avait environ cinq onces de sérosité infiltrée dans la pie-mère, et les ventricules latéraux en contenaient près de quatre onces. Mais nous n'en regardons pas moins la mort comme ayant été principalement produite par l'affection du cœur, et il nous semble démontré que la sérosité renfermée dans le crâne s'y était accumulée avec lenteur. Elle constituait une hydrocéphale chronique, dont la coexistence, sans symptômes bien manifestes, chez un sujet anévrismatique, doit d'autant moins surprendre M. Martin-Solon, qu'il cite, à la suite de la sienne, l'observation où Vésale dit avoir rencontré *neuf livres* de sérosité dans le cerveau d'une jeune fille morte au bout de sept mois d'une maladie durant laquelle elle n'avait éprouvé ni paralysie ni trouble de sens (1).

La deuxième observation, empruntée à Morgagni, a trait à un homme qui succomba assez rapidement, après avoir éprouvé de la manière la plus évidente tous les symptômes d'une affection chronique de l'encéphale, tels que somnolence, obtusion des sens, affaiblissement plutôt que paralysie d'un des côtés du corps (2). Assurément rien de tout cela n'autorise à appliquer à cette maladie le nom d'apoplexie séreuse, bien qu'à l'ouverture du cadavre on ait trouvé une grande quantité de sérosité dans les ventricules du cerveau.

Enfin, la troisième observation appartient à M. An-

---

(1) *De corp. hum. fabricá*, lib. 1er, cap. v.

(2) *De sed. et caus. morb.*, epist. iv, art. 1er.

dral qui, sur le cadavre d'un homme affecté d'hypertrophie du cœur, mort du soir au lendemain, et ayant eu le visage très-pâle durant son agonie, a trouvé une énorme quantité de sérosité dans les ventricules, *les poumons engoués*, *le cœur dilaté dans toutes ses cavités*, *avec des incrustations cartilagineuses des orifices auriculo-ventriculaires et artériels du côté gauche* (1). Or, si, comme on le voit souvent, de telles lésions de l'appareil respiratoire et circulatoire, peuvent, quand elles existent seules, déterminer une mort plus ou moins subite, je ne vois pas pourquoi elles seraient incapables de produire le même effet, quand il existe avec elles un épanchement de sérosité dans les ventricules, qui seul ne produit jamais les accidens qu'on voudrait bien lui attribuer. Ces remarques s'appliquent, sans aucune restriction, à l'observation que M. Marotte a intitulée: *Apoplexie séreuse* (2). C'est aussi une forte hypertrophie de cœur, compliquée de pneumonie chronique, qui fut la cause principale de la suffocation suivie de mort au bout de dix-huit heures, chez un sujet valétudinaire, à l'ouverture du cadavre duquel on trouva environ six onces de sérosité dans les ventricules latéraux. Disons donc hardiment qu'il faut d'autres faits pour établir l'existence de l'apoplexie séreuse.

2°. *Arachnitis.* Les symptômes de l'arachnitis diffèrent suivant que l'inflammation affecte telle ou telle portion de l'arachnoïde. Quand elle atteint la

---

(1) *Clinique médicale*, tom. 1er, p. 134 et 135, 2e édit.

(2) *Obs. recueillies dans le service* de MM. Richerand et Jobert. *Journ. heb. de méd.*, décembre 1831, p. 331.

portion de cette membrane qui tapisse les ventricules du cerveau, l'arachnoïde interne, elle donne lieu à tous les accidens de la maladie connue sous le nom d'hydrocéphale aiguë interne (1), ou *fièvre cérébrale des enfans*, bien qu'elle soit loin d'épargner entièrement les adultes.

Entrevue par un assez grand nombre de médecins (2), la nature inflammatoire de cette maladie n'est pas encore généralement admise. Cependant elle ne saurait rester douteuse pour quiconque fait attention qu'à l'ouverture des cadavres des sujets morts d'hydrocéphale aiguë interne, on trouve toujours dans les ventricules du cerveau une quantité considérable de sérosité louche et floconneuse, et de plus un épaississement notable de l'arachnoïde ventriculaire qui, en même temps, a perdu sa transparence habituelle. Ces résultats sont en accord parfait avec le caractère des symptômes observés pendant la vie, lesquels, par leur mode de développement, leur succession, l'ensemble de leur marche, offrent, lorsque la maladie est exempte de complication, une physionomie toute particulière, bien capable, non-seulement de la faire reconnaître avec certitude, mais encore de mettre à même de la distinguer de ces fièvres ataxiques à marche inégale, à durée indéterminée, après la terminaison funeste desquelles on peut également trouver, ou non, de la sérosité épan-

---

(1) Whitt, voyez *Obs. et Rech. des médec. de Londres*, etc. — Fothergill, *Remarques sur l'hydrocéphale interne*, etc. — *Bulletins de la Faculté de méd.*, etc., an 1816, p. 107.

(2) Laennec, *Journ. de méd. et de chir.*, juin 1806, p. 675. — Abercrombie, *Pathological and anatomical researches*, etc., p. 19.

chée dans les ventricules, comme l'a très-bien vu M. Coutanceau (1).

D'un autre côté, l'arachnitis externe s'accompagne ordinairement d'une série de symptômes qui en rendent en général le diagnostic facile, bien que ce ne soit pas l'opinion de M. Piorry (2). Ainsi, au début, les vomissemens, la fièvre, la céphalalgie, avec ou sans délire; plus tard les mouvemens convulsifs, et quelquefois ensuite la paralysie, surtout quand il y a eu choc de la tête (3); le coma au début, ou seulement vers la fin de la maladie : voilà autant de symptômes qui, bien appréciés par rapport à leur succession, à leur persistance, à leur accroissement immétrisable, indiquent l'inflammation de l'arachnoïde externe, et peuvent, en outre, faire reconnaître si la phlegmasie affecte l'arachnoïde de la face supérieure des hémisphères, ou celle de la base du cerveau (4). Au reste, les difficultés assez grandes que présente le diagnostic de ces diverses inflammations, quand il s'agit de les distinguer, soit les unes des autres, soit d'avec l'épanchement séreux actif des ventricules, n'empêchent pas qu'il ne soit toujours facile à un observateur tant soit peu attentif d'éviter de les prendre pour l'apoplexie. Il en est de même

---

(1) *Des épanchemens dans le crâne pendant le cours des fièvres essentielles*, thermidor an x; *Diss. inaug.* — Louis, *Recherch. anat. pathol. sur la gastro-entérite*, etc., p. 30, tome 1er.

(2) Il n'existe pas de symptômes capables de faire distinguer l'arachnitis (*a*).

(3) Parent-Duchâtelet et Martinet, *Recherches sur l'inflam. de l'arach.*, p. 60.

(4) *Op. cit.*, p. 207 à 268.

(*a*) Piorry, *de l'Irritation encéphalique*, p. 78.

des affections chroniques dont nous allons produire quelques exemples.

3°. *Lésions chroniques de l'encéphale ou de ses enveloppes.*

CINQUANTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

Tumeur développée dans les membranes de l'hémisphère gauche du cerveau. Épanchement consécutif de sérosité dans les ventricules.

Burdet (Jean-Baptiste), âgé de soixante-cinq ans, de Cessane (Mont-Blanc), domestique, d'un tempérament sanguin, taille et embonpoint ordinaires, reçut, il y a deux ans, un violent coup à la tête, qui l'étourdit, sans cependant lui faire perdre connaissance. Il ne fit aucun remède, et n'éprouva aucun accident pendant les quinze ou seize mois qui suivirent cet accident; mais, il y a environ six mois, il commença à éprouver des douleurs et des pesanteurs de tête, d'abord peu fortes et passagères, et, à de longs intervalles, de légers momens d'absence. Insensiblement ils deviennent plus rapprochés, et se prolongent davantage; la pesanteur de tête est presque habituelle, et le malade se sent graduellement affaiblir : selles ordinairement rares et difficiles.

Le trouble des facultés intellectuelles continue à faire des progrès; la faiblesse augmente aussi, surtout du côté droit, et Burdet entre à la Maison de santé le 1er août 1811, dans l'état suivant : tête lourde et un peu douloureuse, faiblesse considérable plus marquée du côté droit; bouche un peu tournée à gauche, parole embarrassée, nulle suite dans les idées,

pouls naturel, sommeil, appétit, ventre peu libre. (*Pil. aloét. ij.; jul. nit. dulc.; orang.*)

Progrès des symptômes. État complet d'imbécillité vers le 1er septembre. (*Jul. nit. dulc.; orang.; pil. aloét.; vésicat. nuq.*)

Le 18, il est plus faible encore; il ne parle presque plus et garde continuellement le lit; toujours bon appétit. (*Jul. éther.; orang.*)

Pas de changement sensible jusque vers le 15 octobre. Le 16, il tombe dans l'assoupissement, ne paraît plus entendre, ce qu'il avait fait jusque-là; aphonie; pouls, cent. (*Jul. éther.*) Les jours suivans, il ne présente rien de remarquable, si ce n'est que les forces tombent peu à peu, et il meurt, ou plutôt il s'éteint tranquillement le 23.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Maigreur peu prononcée.

Crâne. La dure-mère adhérait beaucoup au crâne, surtout à sa partie antérieure.

A la partie antérieure et externe de l'hémisphère gauche, se trouvait une tumeur grosse comme un œuf, arrondie, aplatie, remplie de sang, qui, dans certains endroits, paraissait y être contenu comme il l'est dans la rate; dans d'autres, était en petits grumeaux, d'une ligne au plus de diamètre, d'un tissu celluleux et aréolaire, grisâtre, assez dense, et fort analogue, pour l'apparence extérieure, à la matière des tubercules. Du reste, l'ensemble de cette tumeur était d'un rouge-brun et d'une fermeté remarquable. En dehors, elle adhérait légèrement à l'arachnoïde de la dure-mère, qui, dans toute sa portion correspondante, était rouge et un peu épaissie. En dedans,

elle s'était creusé dans l'hémisphère une dépression, où elle était presque entièrement logée.

En l'enlevant de cet endroit, elle amena avec elle, la portion de substance corticale dont elle était entourée; mais il fut très-facile de l'en détacher, ainsi que la portion de pie-mère et d'arachnoïde correspondante, qui cependant lui envoyait de nombreux prolongemens celluleux ou vasculaires. La substance médullaire, en rapport avec le côté interne de la tumeur, était jaunâtre, mollasse, dans l'épaisseur de quelques lignes. Le reste de la masse encéphalique, qui était d'un volume considérable, ne présentait aucune altération.

Il y avait environ une once de sérosité limpide dans chaque ventricule latéral.

Poitrine et abdomen. Les organes de ces cavités dans la plus grande intégrité possible.

CINQUANTE-HUITIÈME OBSERVATION.

Tubercule du cervelet, et épanchement consécutif de sérosité dans les ventricules du cerveau.

Flayssac (Françoise), âgée de quarante-trois ans, de Paris, sans état, d'un tempérament nerveux-bilieux, petite, d'un embonpoint médiocre, ayant les cheveux brun-foncé, était irrégulièrement réglée depuis cinq ou six ans, et jusqu'à cette époque l'avait été abondamment, souvent deux fois par mois. Malgré ce trouble dans la menstruation, elle jouissait d'une assez bonne santé, lorsque, le 3 novembre 1813, après avoir eu froid en passant une partie de la nuit endormie dans un fauteuil, elle fut prise d'une forte

douleur de tête, avec sentiment pénible de chaleur locale. (*Pédiluves irritans, pilules calmantes.*)

Quelques jours après l'usage de ces moyens, la douleur de tête diminua sensiblement; mais comme les règles avaient manqué à leur dernière époque, et que le pouls était plein et dur, on pratiqua deux saignées du bras, qui produisirent un soulagement marqué. Cependant la douleur de tête n'était pas encore entièrement passée, et Flayssac avait la mauvaise habitude de passer souvent du chaud au froid, en se levant presque toutes les nuits sans précaution. Un jour qu'elle s'était fait appliquer un cataplasme sur la tête (environ trois ou quatre mois après l'invasion de sa maladie), elle l'y laissa long-temps refroidir, et dès-lors, à ce qu'elle prétend, les douleurs de tête acquirent une grande intensité, et elle devint sujette à des mouvemens spasmodiques irréguliers dans les membres. Depuis, ils ont continué et sont devenus plus intenses et plus fréquens, la douleur de tête persistant toujours, et présentant aussi des paroxysmes irréguliers. La malade employa sans succès, contre ces accidens, les saignées générales et locales, les vésicatoires à la nuque, des purgatifs souvent répétés, des médicamens toniques, et un grand nombre de remèdes de bonne femme.

Cependant les forces diminuaient chaque jour, et souvent les idées n'étaient pas très-suivies. Flayssac était obligée de garder le lit depuis environ trois semaines, et présentait les symptômes suivans, lors de son entrée à la Maison de Santé le 12 mai 1811 : perte presque complète de la mémoire, air comme hébétée, faiblesse très-grande, douleur de tête constante, plus forte par intervalles; accès fréquens et irréguliers de mouvemens convulsifs; pâleur, pouls

un peu fréquent, presque pas de sommeil, assez d'appétit, langue nette, ventre libre. Depuis quelques mois les règles n'avaient presque pas paru. (*Pilules altérat. iv; orang.*)

Le 13, accès de mouvemens convulsifs dans la matinée, avec augmentation de la douleur de tête. (*Pil. altérat. iv; jul. éther.; orang.*)

Le 14, pas d'accès. Le 15, deux ou trois attaques dans la matinée. Continuation de la douleur de tête, peu de sommeil, ventre libre. (*Jul. val. éther.; orang.; pil. altérat. vj.*)

Jusqu'au 13 juin, il n'y a pas de changement bien remarquable, excepté que la douleur de tête se calme un peu pendant cinq ou six jours. Du reste, la malade avait tous les jours, ou presque tous les jours, un, deux ou trois accès de mouvemens convulsifs. A la suite d'un de ces accès, elle avait déliré pendant quelques heures; après ce temps, elle était revenue à son état naturel : cependant elle paraissait graduellement s'affaiblir. (Pendant cet intervalle de temps, *jul. éther. ext. cig.* ℥ß.; *jul. éther. ext. cig.* ℥ß. *et ext. jusq. gr. xij.; jul. éther. simple; mélang. narcot., depuis* ℈ *iij jusqu'à* ℈ *v.; pil. altér. viij. par jour; orang.; sang. aux temp.*, etc.)

Le 14, dans la matinée, elle ne paraissait pas dans un état plus fâcheux que les jours précédens. La nuit, elle eut un accès de mouvemens convulsifs pendant lequel elle mourut.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Maigreur assez prononcée.

Crâne. Les vaisseaux de la dure-mère contenaient

beaucoup de sang; il y en avait une quantité assez remarquable dans ceux de la surface du cerveau.

Le lobe gauche du cervelet contenait un tubercule gros comme une noix, absolument de même aspect que les tubercules du poumon (1). Dans l'épaisseur de quelques lignes autour de ce tubercule, la substance du cervelet était très-molle, presque diffluente, et s'écrasait sous les doigts sans qu'on s'en aperçût. Excepté cette portion malade, tout le reste de l'organe était parfaitement sain, ainsi que le cerveau, dont les ventricules contenaient quatre ou cinq onces de sérosité très-claire, limpide et un peu salée.

Poitrine et abdomen. Aucune altération sensible des organes contenus dans ses cavités.

Remarques. Les deux malades dont on vient de lire les observations, ont présenté, pendant la vie, des symptômes non équivoques d'hydrocéphale chronique, ou plutôt n'ont guère présenté que ceux-là; et pourtant leur maladie, sinon principale, au moins primitive, était une lésion organique d'un tout autre genre. Ces faits s'expliquent assez bien, en faisant attention que tous ces symptômes sont aussi ceux qui indiquent une compression de l'encéphale, et que, quand elle s'établit graduellement et d'une manière progressive, sa marche n'est peut-être pas sensiblement modifiée par une différence quelconque dans la nature de la cause qui la produit. Cependant Burdet, observ. LVII, a éprouvé des symptômes (la faiblesse

---

(1) Cruveilhier, *Anat. path.*, tome 1er, p. 134. — Tubercules cartilagineux du cervelet. — *Nouv. Bib. méd.*, novembre 1824, p. 366.

plus grande du côté droit), qui prouvaient qu'un côté du cerveau était seulement ou principalement affecté; et l'on conçoit difficilement qu'un épanchement de sérosité puisse produire les mêmes phénomènes (1). Si Flayssac, observ. LVIII, n'a rien présenté de semblable, est-ce parce que chez elle le cervelet, et non le cerveau, était le siége de la maladie primitive? On n'a sans doute pas un nombre de faits suffisant pour répondre à cette question (2). Ainsi, sans chercher à déterminer s'il est ou s'il sera un jour possible de reconnaître avec précision, pendant la vie, la nature des lésions organiques chroniques dont cet organe et le cerveau peuvent être le siége, je dirai seulement

---

(1) On doit, ce me semble, regarder comme une anomalie la paralysie qui s'observe quelquefois dans les fièvres cérébrales (a). C'est un symptôme purement nerveux, ou dont au moins la cause ne saurait raisonnablement être rapportée à la sérosité que contiennent alors les ventricules du cerveau.

(2) Les accès épileptiformes, dont Flayssac a été atteinte, ne sauraient, comme le pense M. Bouillaud (b), indiquer avec certitude l'affection du cervelet, puisqu'on voit des accidens, en tout semblables, produits par un tubercule enkysté du cerveau, avec léger ramollissement autour (c). A la vérité, M. Montault a aussi observé des accès épileptiformes chez un sujet atteint d'un tubercule du cervelet (d); mais dans un cas tout pareil, M. Guérard n'a vu autre chose qu'un affaiblissement très-grand dans la force musculaire des membres inférieurs (e); et, à cela près de quelques mouvemens convulsifs insignifians, observés dans l'un d'eux, les deux cas rapportés par M. Lemasson (f) appuient celui de M. Guérard.

(a) Pinel, *Méd. cliniq.*, an 1802, p. 86.

(b) *Journ. hebdomad.*, septembre 1830, p. 493.

(c) Andral, *Cliniq. méd.*, etc., t. 4, p. 452, première édition.

(d) *Observation sur un tubercule*, etc., *Journ. de physiol.*, jan. 1831, p. 55

(e) *Bulletin de la soc. anatomique.*

(f) *Revue clinique, journ. hebd.*, etc., décembre 1831, p. 435.

me, dans tous les cas de ce genre, la marche de la maladie est tellement éloignée de celle que suit l'apoplexie, que l'homme le moins attentif ne peut manquer de le reconnaître. Cependant, comme un grand nombre de ces affections se terminent par une mort prompte et comme apoplectique, la masse des médecins est partie de là pour dire à peu près, que toutes les lésions organiques de l'encéphale sont susceptibles de produire l'apoplexie (1). D'après cette pitoyable manière de raisonner, quatre au moins des six observations suivantes seraient autant d'apoplexies.

CINQUANTE-NEUVIÈME OBSERVATION.

Hydatide à la surface du cerveau (2).

« Un homme plus que sexagénaire, devenu mélancolique, privé de mémoire, et épileptique depuis la suppression de sa goutte, vécut encore six ans dans cet état, grâce aux soins de la médecine, et surtout à l'abstinence du vin, puis mourut subitement.

» A l'ouverture du crâne, on trouva dans la partie droite du cerveau, au milieu de la substance corticale, vers l'occiput, une hydatide du volume d'un œuf de pigeon, lâche et déchirée. Elle paraissait développée dans la pie-mère, aux dépens de ses vaisseaux

---

(1) Nicol. Pechlin, *de Apop.*, *Diss. inaug.* Leyde, 1667, et peut-être la moitié des auteurs qui ont écrit sur l'apoplexie.

(2) Jos. Maria Lancisi, *De subit. mortibus*, p. 37. — Cysticerques développés dans le cerveau. Andral, *Précis d'anat. path.*, tome II, p. 849. — Cas analogue, Calmeil, *Journ. hebd. de méd.*, tome 1er, p. 45. — Acéphalocyste de l'encéphale. Léveillé, *Arch. gén. de méd.*, février 1827, p. 443.

lymphatiques dilatés et déchirés, comme on s'en assurait aisément, même à l'œil nu, par l'accumulation d'un liquide en partie ténu et jaune, en partie épais et semblable à de la gelée. On fut surtout surpris de voir la portion de substance corticale qui faisait la base de cette poche, résistante, dure et vraiment squirrheuse. »

SOIXANTIÈME OBSERVATION.

Rupture subitement mortelle d'un abcès du cerveau (1).

» Le 1er septembre 1824, le nommé Borton, âgé de cinquante ans, appartenant au vaisseau royal le *Prince-Régent*, tomba mort sur sa rame en se rendant à l'arsenal de la marine, dans le canot du vaisseau. Il fut porté dans l'arsenal, puis à bord du *Chérokee*, où je le vis à sept heures, un quart-d'heure environ après sa chute. Il était sans vie. Tous les moyens que j'employai furent inutiles. L'enquête du colonel eut lieu trois heures après : je fis alors l'ouverture du crâne.

» Après avoir enlevé les membranes, je trouvai su

(1) R. Dickson, *Nouv. Bib. méd.*, août 1825, p. 512. D'après *Lond. medic. repository*. Voyez pour cas analogues, à plusieurs égards, Morgagni, *De sed. et caus. morb.*, etc., epist. v, n° 19. — Rostan, *Recherches sur le ramolliss.*, etc., deuxième édition, p. 413, *obs.* xcv. — Lallemand, *Recherc. anat.*, etc., lettre 4, p. 75. — Porral, *Journ. univ. et hebd. de méd.*, novembre 1830, p. 245.—Nisle, Ramollissement et suppuration du cerveau. Mort par suite d'accès épileptiformes sans rupture de l'abcès. *Arch. gén. de méd.*, février 1831, p. 253.

les lobes moyens du cerveau, à l'endroit où ils sont en contact avec la faux, une grande quantité de pus épais, grisâtre, dont une partie était placée dans une cavité formée par une ulcération des parties les plus rapprochées des lobes moyens. La portion de la faux qui avoisinait l'abcès était altérée; les circonvolutions du cerveau étaient couvertes de sérosité : chacun des ventricules latéraux en contenait une once et demie.

» Les camarades de ce matelot affirmèrent qu'ils ne l'avaient point entendu se plaindre, qu'il avait toujours fait son devoir, bu et mangé comme eux.»

Remarques. Le malade de Lancisi (*Obs.* LIX) éprouvait des symptômes auxquels on pouvait aisément reconnaître l'existence d'une affection chronique de l'encéphale; seulement sa mort a été beaucoup plus rapide qu'on ne le voit ordinairement en pareil cas; la rupture de l'hydatide en est peut-être l'unique cause. Quant au matelot de Dickson (*Obs.* LX), il n'en est pas tout-à-fait de même. Sa mort, au moins aussi prompte, paraît n'avoir été précédée d'aucun accident. Il est cependant à présumer que si on l'eût examiné avec quelque attention dans les derniers temps de sa vie, on eût découvert chez lui quelque indice d'une affection cérébrale, dans des accidens qu'un homme habitué à des travaux rudes et purement machinaux, et surtout livré aux excès de boisson si familiers parmi les matelots, aura pu surmonter presque sans efforts jusqu'au dernier moment.

De temps à autre on voit des cas analogues. Ainsi j'ai entre autres eu connaissance d'un nègre qui, étant à travailler aux champs comme à son ordinaire, et ne s'étant jamais déclaré malade à son maître, tomba mort tout à coup. Il avait un des côtés de la poitrine

rempli par plusieurs livres de pus. Mais ce n'est pas plus là la marche habituelle de l'empyème que l'exemple du matelot ci-dessus n'est un type de celle des abcès du cerveau. Ils s'annoncent en effet presque toujours, par des symptômes assez intenses, tantôt analogues à ceux de l'encéphalite aiguë, tantôt présentant le caractère ambigu de ces maladies chroniques, dont l'ouverture des cadavres nous fait seule reconnaître la nature, comme on pourra le voir par les quatre dernières observations de ce paragraphe.

SOIXANTE-UNIÈME OBSERVATION.

Tumeur du plexus choroïde d'apparence fibreuse, épanchement de sérosité dans les ventricules (1).

« Madame S***, âgée de quarante-cinq ans, semblait tenir des lieux qui l'avaient vue naître, la Louisiane, une constitution vigoureuse, un tempérament ardent et des passions fortes. Des voyages maritimes, une captivité à Alger, des revers de fortune, les plaisirs du monde, rendirent les premières années de son mariage fort actives. A trente-huit ans, la mort de son mari rompt tout à coup ses habitudes et sa manière de vivre. Mère de cinq enfans en bas âge, elle ne songe plus qu'à leur assurer un avenir heureux. Elle se fatigue la tête de calculs, de spéculations sur la hausse et la baisse, pour faire valoir ce qu'elle a pu sauver de sa fortune. A quarante ans, affaiblissement de la vue, qui seul tourmente long-temps

(1) Duparcque, *Nouv. bib. méd.*, janvier 1823, p. 64 et suiv.

Madame S***, et lui fait naître les craintes les plus vives de devenir aveugle. Céphalalgie revenant à des époques irrégulières, et quelquefois rapprochées de quelques jours, d'autres fois éloignées de plusieurs semaines.

» Ces accès furent par suite caractérisés par des douleurs fortes, insupportables, à la partie postérieure et supérieure de la tête, s'accompagnant parfois d'état comateux, interrompu par des contractions spasmodiques violentes de tout le système locomoteur, par des cris ou plutôt par des vociférations. Cet état durait un quart-d'heure ou plusieurs heures. Il se manifestait quelquefois le jour, mais plus souvent la nuit. Après l'accès, la tête restait comme étonnée, les sens obtus; mais bientôt tout semblait rentrer dans l'ordre, au point que Madame S*** se croyait complétement guérie. Cependant elle offrait constamment des phénomènes comme convulsifs des yeux, des lèvres, des joues, du front surtout, qui se tendait et se ridait sans cesse; démarche précipitée, gestes continuels. L'état moral présentait des contrastes frappans. Au milieu des inquiétudes sur sa santé ou sur le sort futur de ses enfans, une idée qui lui passait par la tête la faisait rire aux éclats, passant ainsi subitement et sans motif plausible de la tristesse à la gaîté, des ris aux pleurs.

» Au milieu de ce désordre croissant des fonctions cérébrales, l'appétit augmentait, je dis même qu'il était vorace. Le sommeil était habituellement bon; le corps prenait visiblement de la force et de l'embonpoint, et ce malgré les actes d'érotomanie auxquels Madame S*** se livrait parfois avec une sorte de fureur. Elle se persuada bientôt qu'elle avait *quelque chose d'extraordinaire dans la tête*,

comme elle le répétait souvent elle-même, et se soumit, pour s'en débarrasser, aux soins des médecins les plus renommés de Paris. Les saignées générales et locales, les ventouses sèches et scarifiées, les sétons, le moxa, et à l'intérieur les anti-spasmodiques, furent successivement et tour à tour mis en usage. La maladie n'en persista pas moins, mais suivit une marche tellement graduelle, qu'on s'apercevait à peine qu'elle eût augmenté d'intensité. Cependant, à quarante-quatre ans et quelques mois, la céphalalgie devient plus fréquente, plus continue; la vue se trouble davantage; la malade est sujette aux vertiges, sa mémoire s'affaiblit; elle ne peut plus sortir seule; bientôt elle devient tout-à-fait sédentaire. Sa famille, ses affaires d'intérêt, qui naguère l'occupaient exclusivement, ne fixent plus son attention : souvent elle va et vient dans ses appartemens, dans la maison, sans but, sans motifs; encore quelques mois, et la mémoire est complétement perdue. Madame S*** ne s'occupe plus de ce qui se passe autour d'elle; elle méconnaît ses amis, ses enfans eux-mêmes. Elle recherche les coins retirés, et là reste immobile, taciturne. La parole est embarrassée, embrouillée, inintelligible, la démarche vacillante; les jambes peuvent à peine supporter le poids du corps; les excrétions alvines et urinaires sont involontaires; la salive coule incessamment de la bouche. En un mot, Madame S*** est tombée dans un véritable état d'idiotisme.

» Le 28 octobre 1822, on observe un mieux inattendu. Madame S*** reconnaît plusieurs personnes qui viennent la voir; elle prend même part à leur conversation, et s'égaie avec elles.

» Le 29 au matin, elle se lève, va d'elle-même à la chambre de sa domestique, paraît avoir recouvré

ses facultés intellectuelles, lorsqu'à dix heures, étant à manger une soupe, elle pâlit et tombe tout à coup sans connaissance.

» État comateux, flaccidité des membres, excepté du bras droit, qui présente un léger degré de contracture; paupières closes, dents serrées, déglutition impossible, lèvres décolorées, pupilles contractées, conjonctives finement injectées, respiration à peine sensible, pouls petit, concentré; extrémités froides (10 *sangs. der. les oreilles; sinap. memb. inf.; émét. cath.; lav. purg.*)

» Le 30, respiration bruyante, stertoreuse; sensibilité cutanée, nulle; audition nulle, dents serrées, déglutition impossible. Les boissons passent dans le larynx et provoquent la toux; pouls plus développé et un peu dur; face plus colorée, chaleur générale augmentée, globes oculaires ayant un mouvement transversal et continuel sous les paupières abaissées. (22 *sangs. tête; vésic. jamb.; lav. purg.*)

» Le 31 au matin, même état. Le transport de Madame S*** sur un lit voisin lui occasionne une syncope; mais au moment où on la croyait près d'expirer, elle ouvre les yeux, semble les diriger sur les personnes qui l'entourent, et fait un effort pour répondre aux paroles qu'on lui crie à l'oreille. Elle répète plusieurs fois assez distinctement: *Pourquoi me pincer le bras?* en retirant les parties; et en effet je la pinçais alors, pour reconnaître si la paralysie du sentiment et du mouvement persistait toujours. Elle peut avaler quelques gorgées de tisane. Ce mieux n'est qu'un éclair: en quelques instans Madame S*** retombe dans l'assoupissement; l'état carotique se prononce; la respiration devient stertoreuse, haute,

précipitée; le râle de l'agonie se fait entendre, et la mort arrive à trois heures du matin.

» *Ouverture du cadavre.*

» Faite concurremment avec MM. de Kergaradec et Gauthier.

» *Habitude extérieure.* Peau d'un jaune pâle, abdomen ballonné. Odeur cadavéreuse déjà très-forte vingt-quatre heures après la mort.

» *Crâne.* Tégumens épicraniens épais et graisseux; os du crâne durs et épais.

» Méninges très-injectées. La dure-mère présente quelques végétations insignifiantes à sa face externe et à gauche. La substance cérébrale est de consistance ordinaire, quoique fort injectée dans tous ses points. Les nerfs optiques sont petits et plus consistans que de coutume, et comme desséchés. Leur réunion, au lieu de présenter un carré, n'offre qu'une lame transversale étroite. Il semblait que la partie postérieure de cette réunion avait été repoussée, disséquée. Le cervelet et la moelle alongée ne présentaient rien de remarquable.

» Le ventricule gauche était dilaté par environ deux onces et demie de sérosité limpide; on trouva à peu près une égale quantité de la même humeur, mais louche et rougeâtre dans le ventricule droit, qui contenait dans sa partie postérieure ou seconde courbure, un corps ayant la forme et le volume d'un œuf de jeune poule, d'un rouge bleuâtre. Cette tumeur avait avec les parties environnantes les rapports que nous allons décrire.

» 1°. Elle adhérait par toute sa surface aux parois de la courbure des ventricules par des liens fila-

menteux et vasculaires très ténus. 2° Par son extrémité inférieure et la plus petite, elle tenait au plexus choroïdien, qui s'étendait sur toute sa face inférieure, et dont les vaisseaux très-développés serpentaient sur la tumeur, et envoyaient même des ramifications dans son intérieur. 3° Une languette médullaire de deux à trois lignes de large, sur trois à quatre de long, et d'un quart d'épaisseur, semblait se détacher du bord supérieur et concave de la corne d'Ammon, et se prolonger en s'amincissant jusqu'à la tumeur, à laquelle elle semblait servir de pédicule. 4° Enfin, une lame médullaire plus épaisse, longue de plus d'un pouce, mais très-étroite, unissait la partie postérieure de la tumeur avec la partie postérieure du ventricule, en dedans de la cavité digitale.

» Il est à remarquer que la substance cérébrale environnante n'offre pas la plus légère altération dans sa couleur, sa consistance, etc. La tumeur isolée a de 21 à 23 lignes dans son plus long diamètre, et de 16 à 17 transversalement. Elle est mammelonnée à l'extérieur, et paraît composée de filamens fibreux extrêmement ténus, pénétrés de vaisseaux capillaires très-finement divisés. La couleur rouge, bleuâtre, qu'elle présente dans toute sa masse, tient à l'injection de ces mêmes capillaires. Elle devient plus éclatante par le contact de l'air, et disparaît en grande partie par la pression, qui fait suinter une humeur puriforme infiltrée dans le tissu même de la tumeur, lequel offre la plus grande analogie, quant à l'aspect, avec une portion de poumon légèrement carnifiée. C'est la même consistance, la même couleur, le même suintement puriforme à la pression. Évidemment née dans un des points des plexus choroïdes, dont les vaisseaux se continuaient avec les siens, la tumeur,

en se développant, avait entraîné les deux lames de substances cérébrales qui lui adhéraient par des liens celluleux vasculaires, sans réellement pénétrer dans son tissu. »

Remarques. La longue durée, le développement progressif et gradué, la persistance et l'intensité des accidens auxquels Madame S*** a été en proie pendant près de onze ans; la perte ou au moins l'affaiblissement considérable de la vue chez elle; sa mort inopinée, au milieu d'un coma survenu tout à coup, et n'ayant éprouvé pendant trois jours qu'un court moment d'interruption : tous ces phénomènes s'expliquent très-bien, 1° par la présence dans le ventricule droit d'une tumeur dont l'accroissement, vu la nature de son tissu, a dû être fort lent; 2° par l'espèce d'atrophie qui affectait les nerfs optiques; 3° enfin, par la grande quantité de sérosité contenue dans les ventricules latéraux. Ainsi, les symptômes observés pendant la vie, et les altérations pathologiques découvertes après la mort, tout dans cette observation présente, pour le pathologiste, une corrélation parfaite de *causalité*.

SOIXANTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Tumeurs mêlées de tubercule et d'encéphaloïde, développées dans le cerveau et dans le cervelet; épanchement chronique de sérosité dans les ventricules (1).

» Annette Charière, âgée de trois ans, née et de-

(1) Nysten, *Bull. de la Fac. de méd.*, 1816, n° 8, p. 183 et suiv.

meurant à Paris, d'une constitution sèche, ayant les yeux noirs, très-grands, la peau basanée, les cheveux châtains foncés, avait été bien portante en apparence jusque dans le commencement de 1816; seulement elle avait un caractère morose et pleurait facilement. Les derniers mois de 1815 s'étaient passés sans la moindre altération dans la santé de cette petite fille, malgré une chute qu'elle avait faite de son berceau dans le mois d'octobre de la même année. Avant comme après cet accident, la progression, tous les mouvemens et toutes les fonctions s'étaient opérés librement.

» Vers la fin de janvier 1816, les digestions de la petite Charière se dérangèrent; elle perdit l'appétit, eut alternativement la diarrhée et la constipation, et maigrit sensiblement. Vers le milieu de juin, elle eut des mouvemens convulsifs qui revinrent à plusieurs reprises. Le 20, elle fut reçue à l'hôpital des enfans. Alors elle était dans une immobilité presque complète; les membres abdominaux semblaient paralysés. Cependant ils exécutaient encore de petits mouvemens quand on les pinçait; mais la progression et la station étaient impossibles, le regard hébété, la peau flasque, la maigreur considérable.

» Pendant les trois ou quatre jours qui suivirent l'entrée de la malade à l'hôpital, elle eut plusieurs fois des mouvemens convulsifs; elle eut ensuite quelques crampes dans les muscles abdominaux; ses pupilles n'ont jamais paru dilatées d'une manière notable. La petite malade pouvait articuler des sons; mais elle ne prononçait que quelques mots, poussait souvent des cris aigus, gémissait et pleurait. La déglutition s'opérait; mais les alimens et les boissons étaient rejetés par le vomissement, plus ou moins

promptement, après leur introduction dans l'estomac. Le ventre était rétracté, non douloureux à la pression. Il y avait tantôt diarrhée, tantôt constipation. Cet état a été successivement en empirant; seulement j'ai quelquefois calmé les vomissemens par la décoction d'un demi-gros de racine de Colombo dans quatre onces d'eau. Enfin, l'enfant a succombé dans un marasme absolu, le 29 juillet, c'est-à-dire trente-neuf jours après son entrée à l'hôpital.

» *Ouverture du cadavre.*

» *Crâne.* Le tissu sous-arachnoïdien était pâle, légèrement infiltré; la substance cérébrale molle; les ventricules latéraux contenaient au moins cinq onces de sérosité. Au milieu de la partie postérieure du lobe droit du cerveau, était une tumeur non enkystée, du volume d'une noix ordinaire, faisant une légère saillie dans le ventricule du même côté, d'où on la distinguait par sa couleur jaunâtre. Elle était un peu inégale à l'extérieur, d'une dureté voisine de celle du squirrhe, opaque, d'un blanc mat, mêlé de jaune à l'intérieur. Elle ne présentait aucune trace de vaisseaux sanguins, et ressemblait enfin à la matière des tubercules dans leur état de crudité, excepté qu'elle était un peu moins jaune et peut-être plus consistante. Au milieu de la surface supérieure du cervelet, était une autre tumeur, en apparence de même nature que la première, mais du volume d'un œuf de poule, enchatonnée dans la substance du cervelet, à laquelle elle adhérait légèrement. Elle était irrégulière, ovale, un peu aplatie de haut en bas, aussi dure que la précédente, jaunâtre comme elle en dehors, d'un blanc mat mêlé de jaune à l'inté-

rieur, mais traversée par un vaisseau sanguin et un peu de sang caillé. Cette tumeur, remarquable par son volume, a été regardée par Laennec comme formée par un mélange de matière tuberculeuse, et de celle qu'il appelle cérébriforme ou encéphaloïde.

» *Poitrine et abdomen.* L'ouverture des cavités thoracique et abdominale n'a rien présenté de particulier : seulement les intestins étaient rétractés, et quelques glandes mésentériques ont été trouvées un peu engorgées, mais non tuberculeuses. »

Remarques. Les tubercules du cerveau qui, en commençant, n'ont jamais de kyste appréciable, en présentent toujours deux, suivant M. Léveillé (1), vers la fin de la première période de leur développement. L'un de ces kystes, mince, peu résistant, lisse et quelquefois humecté de sérosité à sa surface externe, adhère par l'interne au tubercule qu'il enveloppe de toutes parts, et dans la profondeur duquel il envoie de nombreux prolongemens filamenteux. L'autre kyste, plus épais, plus résistant, revêt le précédent, avec lequel il est en contact par sa surface interne, ordinairement lisse, et, par l'externe, adhère au tissu cérébral, au moyen de prolongemens celluleux et vasculaires.

Ces dispositions anatomiques étaient assez manifestes sur l'encéphale de la petite Charière; elles étaient encore bien plus évidentes dans l'observation de M. Piedagnel (2). Cependant elles me semblent sujettes à de fréquentes exceptions, même pour les

---

(1) *Recherches sur les tubercules du cerveau; Diss. inaug.*, janvier 1824, p. 9 et 10.

(2) *Journ. de physiol. expér.*, juillet 1823, p. 254.

tubercules du cerveau. Ils se comportent en effet très-souvent comme ceux du poumon qui, dans presque tous les cas, et tant qu'ils n'ont pas entièrement dépassé la période de crudité, continuent à rester unis au tissu pulmonaire par un *entour* tomenteux, plus ou moins touffu. C'est lui qui, plus tard, par le refoulement, la rupture et l'inflammation des vaisseaux capillaires dont il est en grande partie composé, forme les kystes, les nouveaux organes sécrétoires, les membranes d'apparence muqueuse, des cavernes pulmonaires (1).

SOIXANTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Fongus de la dure-mère (2).

« En 1811, Dorival tenait un billard et donnait des leçons de ce jeu. Il était d'une forte constitution, et il avait, jusqu'à cette époque, joui d'une bonne santé. Il lui survint, sans cause apparente, des maux de tête, des éblouissemens, et un sentiment de pesanteur dans le bras droit, avec difficulté de le faire agir. Comme il avait été, pendant dix ans, limonadier dans un caveau, on attribua ces accidens à une douleur rhumatismale; mais le traitement qui lui fut administré d'après cette donnée, fut sans succès: au contraire, les mouvemens volontaires du bras droit furent insensiblement plus difficiles, et ensuite tout-à-fait nuls. La sensibilité s'abolit également par gradation

---

(1) J. A. Rochoux, *Bul. des sc. méd.*, août 1829, p. 258.

(2) Hébréard, *Bull. de la Fac. de méd.*, 1816, n° 4, p. 91 et suiv.

dans ce membre : néanmoins on ne s'aperçut encore d'aucune altération dans les facultés intellectuelles; le sujet avait même acquis, du bras gauche, assez d'adresse pour continuer à donner des leçons de billard.

» Dans le courant de 1812, il perdit la sensibilité dans la cuisse et la jambe droites; il ne marchait qu'avec peine : cependant il continuait son état. Ce ne fut qu'un an après être devenu hémiplégique qu'il sentit que sa vue s'affaiblissait, et qu'il éprouva de la difficulté à articuler. On s'aperçut aussi que ses idées se troublaient; enfin il tomba dans un véritable idiotisme, et fut placé à Bicêtre comme imbécille et paralytique. Il avait alors quarante-deux ans. Ses fonctions nutritives n'étaient aucunement altérées.

» Le 21 février 1816, on l'amena à l'infirmerie dans l'état suivant : hémiplégie et insensibilité du côté droit, perte de connaissance, mouvemens spasmodiques légers des muscles de la face, hoquet continuel, les yeux ternes et égarés; la vue paraissait abolie des deux côtés, la bouche béante et tirée à gauche, la langue rouge et peu humectée; les pommettes colorées, la sensibilité fort obstuse dans le côté gauche. Le pouls cependant était réglé et assez fort, la chaleur naturelle. Je parvins, au moyen des toniques et des stimulans, à faire sortir le malade de cet état de torpeur. Dix jours après son entrée, il parut comprendre quelques questions simples que je lui fis, et répondit par monosyllabes. Vingt ou vingt-cinq jours après, il se manifesta une chaleur halitueuse, et il rendit des crachats épais et visqueux. Cependant les symptômes de compression cérébrale n'éprouvèrent aucune rémission; il était toujours dans le même assoupissement et la même immobilité, quoiqu'il pût avaler les boissons, le bouillon, et même de

la soupe. Il resta dans cet état jusqu'au 7 mars. Cette époque fut marquée par la sécheresse de la langue, la perte absolue de la sensibilité de toutes les parties; le pouls devint petit et intermittent; enfin le malade mourut le 14, ou plutôt il s'éteignit. »

» *Ouverture du cadavre.*

» *Crâne.* Avant d'enlever la calotte du crâne, nous aperçûmes que les tégumens et le péricrâne adhéraient fortement au pariétal gauche, vers son angle antérieur et supérieur : cependant nous ne reconnûmes aucune trace de cicatrices aux tégumens qui étaient partout recouverts de cheveux. Lorsque cette adhérence eut été détruite, nous vîmes que l'os était privé de son périoste dans cette partie, étendue environ d'un pouce carré. La table externe était rougeâtre et un peu rugueuse. La table interne correspondante était beaucoup plus altérée; elle avait la même couleur rougeâtre, était hérissée d'aspérités, et présentait de petites cavités celluleuses qui recevaient des fongosités en forme de granulations, au moyen desquelles la dure-mère adhérait assez fortement à cette partie malade de l'os pariétal : la gouttière qui loge l'artère méningée et le calibre de cette artère étaient considérablement augmentés.

» La dure-mère correspondante au point altéré du pariétal, était beaucoup plus épaisse que dans l'état naturel; dans tous les autres points, elle n'en différait pas. On sentait au-dessous un corps dur; et lorsque la dure-mère fut incisée, nous trouvâmes en effet un fongus de figure irrégulière, et de la grosseur du poing. Ce fongus adhérait à la face interne de la dure-mère par des fibres bien distinctes qui en se réunissant

formaient un pédicule très-court, d'environ un pouce de diamètre. Cette tumeur fongueuse était logée dans le lobe moyen de l'hémisphère gauche du cerveau, au-dessus du ventricule latéral gauche, dont elle était séparée par une lame très-mince de substance médullaire. Tout le cerveau était mollasse; mais la partie qui environnait la tumeur était comme réduite en bouillie. La pie-mère et l'arachnoïde correspondantes à la tumeur étaient détruites. Les ventricules contenaient plus de sérosité que dans l'état naturel. La tumeur incisée présenta une substance d'un gris jaunâtre, assez consistante, excepté dans son centre, qui était mou et même réduit en bouillie. Un sang noir sortit par gouttes des vaisseaux assez dilatés qui parcouraient la tumeur; elle était enveloppée, comme dans un kyste, dans une membrane qui paraissait fibreuse et fournie par la dure-mère. »

Remarques. On a confondu, sous le nom de fongus de la dure-mère des maladies fort différentes, des squirrhes, des encéphaloïdes, des tubercules, des végétations cellulo-vasculaires, etc., comme on peut s'en convaincre en lisant le mémoire de Louis (1), comparativement avec les observations plus modernes sur les mêmes maladies, et surtout en voyant certaines de ces tumeurs guérir (2), tandis que les autres sont constamment mortelles. Au reste, cette erreur n'a d'importance que sous le rapport de l'anatomie pathologique; elle est tout-à-fait nulle en séméio-

(1) *Mémoire sur les tumeurs fongueuses de la dure-mère. Mém. de l'Acad. royale de chirurgie*, tome V.

(2) W. Heustis, tumeur fongueuse du cerveau, suite d'une plaie de tête, guérie par la compression : *Arch. gén. de méd.*, juin 1830, p. 265.

logie, car, parmi les nombreux et graves accidens produits par les tumeurs de la dure-mère, aucun n'est propre à les faire distinguer, soit les unes des autres, soit d'avec les lésions chroniques de la substance même de l'encéphale. On ne parvient effectivement à en reconnaître le siége particulier que dans les cas, assez rares, où leur accroissement étant dirigé sur un des points de la voûte du crâne, elles finissent par la perforer, et par faire saillie sous les tégumens (1). Leur gravité, presque toujours au-dessus des ressources de l'art, la progression croissante des symptômes auxquels elles donnent naissance, leur point d'origine facile à reconnaître, les distinguent suffisamment de ces petites tumeurs d'apparence charnue, qu'on rencontre quelquefois à la surface de la pie-mère (2). Celles-ci ne produisent aucun accident appréciable, ne dégénèrent pas, et acquièrent rarement plus de 4 à 5 lignes de diamètre. Elles se bornent à soulever l'arachnoïde et la dure-mère, à s'en coiffer en quelque sorte, et à creuser, sans perforer ces membranes, de petites cavités dans les os du crâne, où elles les enfoncent et se logent avec elles.

SOIXANTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

Tumeur volumineuse formée par du sang épanché dans l'arachnoïde; épanchement aigu de sérosité dans les ventricules du cerveau (3).

« Le nommé.... âgé de soixante-treize ans, d'un

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, troisième édit., tome v, p. 187.

(2) *De la paralysie chez les aliénés*, p. 83, 96 et 182.

(3) Ribes, *Revue médicale*, janvier 1822, p. 34 et suiv.

grand embonpoint, avait joui d'une bonne santé jusque vers le milieu d'avril de l'année 1820. A cette époque, et sans aucune cause connue, il éprouva un peu de pesanteur de tête. Quelques jours après, il sentit le bras droit s'affaiblir, la sensibilité peu à peu diminuer dans la partie, et les mouvemens y devenir plus difficiles. Au bout de trois semaines, le bras fut en partie paralysé.

» Le malade ne tarda pas à s'apercevoir aussi que la force des membres abdominaux était diminuée, et qu'il éprouvait de la difficulté à les mouvoir; ils lui paraissaient extrêmement lourds et presque insensibles : cependant il pouvait encore marcher sans soutien, et seulement en chancelant un peu.

» Le membre inférieur droit n'était pas plus affecté que le gauche; du moins le malade n'y trouvait aucune différence. Mais l'affaiblissement alla en augmentant, et vers la fin du second mois, la marche devint si difficile qu'il pouvait à peine se soutenir : il faisait néanmoins le tour de son lit en s'y appuyant fortement.

» Depuis ce moment le bras droit et les deux membres inférieurs continuèrent de s'affaiblir, mais d'une manière lente.

» Ce malade avait la respiration libre; il n'avait pas de dégoût pour les alimens, mais il mangeait peu. Il était devenu triste, parlait peu, mais répondait clairement à toutes les questions qu'on lui faisait, de manière à prouver que la langue jouissait de toute la liberté de ses mouvemens, et que les facultés intellectuelles n'étaient pas sensiblement altérées. Il était tranquille, doux, et lorsqu'on l'interrogeait sur son état, il répondait qu'il avait la tête pesante, qu'il y ressentait parfois une douleur, mais qu'il ne pou-

vait lui assigner un siége fixe, bien déterminé, sur aucun point du crâne. Dans le courant de septembre dernier, treizième mois de la maladie, le malade perdit tout à coup connaissance ; la face devint bleuâtre, et prit l'aspect *apoplectique;* la respiration devint difficile, et après dix heures d'agonie, il cessa de vivre.

» *Ouverture du cadavre.*

» *Habitude extérieure.* Tout l'extérieur du corps avait une teinte bleuâtre; les veines, à travers la peau, paraissaient pleines de sang, et elles en étaient en effet remplies.

» *Crâne.* Les tégumens de la tête étaient aussi abreuvés par un sang noir. Les os du crâne, dans le lieu de leur section, ont laissé écouler du sang, comme celui qui sort des os des personnes mortes d'apoplexie. La déchirure des vaisseaux qui unissent la dure-mère au crâne, a aussi donné lieu à un grand écoulement de sang. Tous les vaisseaux de la dure-mère et de la pie-mère étaient d'ailleurs injectés de sang noir.

» Les ventricules latéraux contenaient environ quatre onces de sérosité. Le cerveau était mollasse, et n'offrait de même que les méninges, aucune trace d'inflammation.

» Presque toute la face externe de l'hémisphère gauche du cerveau, depuis l'os frontal jusqu'à l'occipital, d'avant en arrière, et transversalement, depuis la base du crâne jusqu'à la face du cerveau, se trouvait recouverte par un corps aplati, alongé, d'une couleur assez semblable à celle de la rate, paraissant à l'extérieur revêtu d'une membrane fibreuse, mince, lisse et polie. Il avait environ six pouces de long, trois de large, et un dans sa plus grande épaisseur.

Logé dans la cavité de l'arachnoïde, en contact d'un côté avec la portion de cette membrane qui revêt la dure-mère, et de l'autre avec l'arachnoïde du cerveau, il avait déprimé ce viscère, de manière à y former une gouttière profonde dans laquelle il était logé. Libre sur ses deux faces, il adhérait assez faiblement à l'arachnoïde de la dure-mère par toute sa circonférence, qui allait graduellement en s'amincissant. Son moyen d'union était une bordure membraniforme, d'environ trois lignes de large, qui envoyait de nombreux prolongemens celluleux et peut-être aussi vasculaires, à l'arachnoïde, dont ils étaient aisément détachés par une traction modérée. Ce corps était entièrement formé de plusieurs couches de sang, toutes solides, mais à des degrés différens, la plupart rouges ou brunes; les autres d'une couleur jaune de rouille.

» Il n'y a eu que le crâne d'ouvert. »

Remarques. Au premier coup d'œil, un corps solide, développé dans la cavité du crâne, paraît seul capable de donner lieu à des symptômes de compression locale graduée. Cependant nous venons de voir que du sang épanché, au lieu de se répandre uniformément à la surface de l'encéphale, peut être retenu par des adhérences, et rassemblé en une masse susceptible de déterminer par sa présence tous les accidens qui, dans les observations précédentes, ont été produits par le développement de tumeurs d'un tissu compacte. C'est une preuve de plus des difficultés que présente le diagnostic des affections chroniques intracraniennes. Mais elles n'en sont pas moins faciles à distinguer de l'apoplexie. Les exemples qui viennent d'être cités en sont la preuve.

Presque tous les sujets qu'elles atteignent éprouvent les accidens d'une compression encéphalique,

lente et graduée. Leur intelligence s'altère peu à peu; leurs forces se perdent de même. Souvent ils sont pris d'une céphalalgie fixe, plus ou moins opiniâtre, et très-ordinairement de mouvemens convulsifs périodiques ou irréguliers dans leur retour. Après plusieurs années de langueur et de souffrances, ils tombent dans une sorte d'idiotisme, conservant un fort bon appétit la plupart du temps, et quelquefois acquérant de l'embonpoint. Dans cet état, la mort survient très-fréquemment d'une manière assez prompte (1), déterminée soit par un épanchement de sérosité que décèle un profond coma, soit par des ruptures d'hydatides ou d'abcès (2); ou bien, ce qui est plus rare, les malades continuent à languir, et meurent en s'éteignant, après avoir perdu peu à peu le reste de leur intelligence. Telle est la marche que suivent ordinairement les affections organiques de la tête, comme on peut déjà le voir d'après les observations précédentes, et comme on pourra achever de s'en convaincre par les lectures de quelques observations auxquelles je me contente de renvoyer (3).

ARTICLE II.

Diagnostic des maladies ayant leur siége hors du crâne.

Quelques maladies, quoique ayant leur siége hors du crâne, peuvent simuler l'apoplexie. Celles qui, sous

---

(1) Willis (*Pars 2a pathologica, sive de morbis*, p. 379) reconnaît très-bien que diverses lésions chroniques de l'encéphale peuvent, après être arrivées à un certain degré de développement, donner lieu à une mort très-prompte.

(2) *Obs.* LIX, p. 247, et *Obs.* LX, p. 248 et suiv.

(3) Brown Cheston, *Path. inq. and obs. of surgery*, p. 142,

ce rapport, nous semblent devoir attirer l'attention des médecins, sont, 1° la paralysie d'un côté de la face; 2° l'hystérie; 3° l'asphyxie; 4° le catarrhe suffocant; 5° la fièvre pernicieuse apoplectique; 6° la syncope.

1°. *Paralysie de la moitié de la face.* Personne ne doit vouloir confondre avec la paralysie d'un côté de la face, compagne assidue de l'hémiplégie, cette

---

tumeur spongieuse du cerveau. — Esquirol, épanchement de sang, etc. *Bull. de la Fac.*, 1818, p 157. — Calmeil, *De la paralysie chez les aliénés*, p. 163 : Coagulum de lymphe dans l'arachnoïde; p. 253 et 259. Cancers du cerveau. — Esquirol, *Arch. gén. de méd.*, janvier 1823, p. 8 : Tubercule du cerveau. — Lebidois, *même Journal*, juillet, 1823, p. 371 ; Tumeur du cerveau. — Graff, *même Journal*, novembre 1828, p. 421 : Fongus hématode de la dure-mère. — Léveillé, tubercule dans le cerveau. *Recherc. sur les tubercules*, etc.; *Diss. inaug.*, janvier 1824, p. 33. — — Montault, Squirrhe du cerveau. *Journal de physiol.*, etc., avril 1829, p. 115. — Andral, tumeur spléniforme dans le cerveau, *Précis d'Anat. pathol.*, tome 1er, p. 179. — Dalmas, tumeur adipocireuse du cerveau. *Journal hebdom.*, tome 1er, p. 332. — Cruveilhier, cas analogue. *Anat. path. du corps*, etc. — Récamier, Cancer du cerveau. *Rech sur le traitem.*, etc., t. II, p. 103. — Rambelli, Squirrhe des lobes antérieurs du cerveau. *Arch. gén. de méd.*, mai 1828, p. 99. — Dominel, tumeur adipocireuse dans le mésocéphale, *op. cit.*, septembre 1828, p. 22. — Jodin, compression de la cinquième paire de nerfs par une tumeur : altération des sens; *Journ. de phys.*, janvier 1831, p. 30. — Rullier, Induration fibro-squirrheuse du cerveau; *Arch. génér. de médec.*, mai 1831, p. 429. — Rayer, *op. cit.*, novembre 1823, p. 350 et suiv. Lésions organiques de la glande pituitaire. — Magendie, Kyste en partie osseux, etc. *Journ. de physiol.*, etc., janvier 1828, p. 27. — John Hunter, *Arch. gén. de méd.*, juin 1826, p. 273 : Fongus hématode des couches optiques. — Abercrombie, *Pathological and anatomical*, etc., p. 48 : Tumeur de la dure-mère, *op. cit.*, p. 70; Tubercule de la pie-mère. — Avisart, *Bibl. méd.*, janvier 1822, p. 97 : Pétrification du corps strié. — Chambeyron, *Obs. de mal. céréb.; Diss. inaug.*, décembre 1826 : Tubercule du cervelet, p. 7; Tumeur fibreuse du cerveau, p. 38. — Reil, *Memor. clini.*, *fasc.* III, p. 39, Scrophulæ encephali.

paralysie de la même partie que M. Cruveilhier, bien qu'y paraissant porté, hésite à considérer comme étant entièrement étrangère à l'apoplexie (1). Cet accident qui survient presque toujours d'une manière assez brusque, mais sans être accompagné d'aucun des symptômes propres aux affections de l'encéphale, tient bien évidemment à une souffrance locale du nerf facial (2), laquelle n'est pas constamment de même nature. La preuve en est que si, la plupart du temps, il se dissipe assez vite, il peut d'autres fois durer toute la vie, comme on l'a vu tout récemment sur un acteur anglais, dont le talent était singulièrement relevé par l'emploi d'un genre de grimace si grotesque, qu'on ne pouvait le regarder sans rire. En parlant de cette remarquable facilité qui était due à une lésion du nerf de la septième paire, M. Magendie assure que les singes auxquels on coupe le nerf facial d'un côté, grimacent absolument comme le faisait l'acteur dont il s'agit (3).

2°. *Hystérie* (4). Il est rare que dans l'hystérie

---

(1) *Dict. de méd. prat.*, tome III, p. 230.

(2) *Compte rendu des travaux de la Soc. anat.*, 1830, p. 14.— Montault, *Diss. sur l'hémiplégie faciale*, décembre 1831 ; et *Recherches sur la paralysie d'un côté de la face : Journ. hebd. de méd.*, janvier 1832, p. 89 et suiv.

(3) *Mémoire lu à l'Institut* le 2 juin 1823.

(4) Georget me semble avoir très-bien démontré que tous les phénomènes hystériques dépendent d'un trouble brusquement survenu dans les fonctions du cerveau (*a*). Mais la cause déterminante de ce trouble ne m'en paraît pas moins résider ordinairement dans l'utérus ou tout autre organe éloigné de la tête (*b*). Voilà pourquoi je continue de ranger l'hystérie parmi les maladies dont le siége est hors du crâne.

(*a*) *Physiologie du système nerveux*, tom. 2, p. 259.

(*b*) Desormeaux, *Diction. de médecine* en 20 vol., tom. 7, p. 389, art. ECLAMPSIE.

l'affection soit assez grave pour entraîner à la fois la perte du sentiment et l'immobilité des membres, seul cas dans lequel on pourrait la prendre pour une apoplexie forte. Presque toutes les hystériques, au contraire, éprouvent des mouvemens convulsifs plus ou moins intenses. Elles ont, d'ailleurs, une expression de physionomie bien facile à saisir pour qui en a vu un certain nombre. Enfin, la cessation de l'accès achèverait de lever toute incertitude, si pendant sa durée, l'esprit eût pu flotter incertain.

3°. *Asphyxie.* Dans l'asphyxie, il y a bien perte complète du sentiment et du mouvement, comme dans une grave attaque d'apoplexie; mais, de plus, il y a absence du pouls et de la respiration, si l'affection est portée à un haut degré, ce qui n'a jamais lieu dans l'autre maladie. D'ailleurs, si l'on peut avoir des informations exactes sur les circonstances antécédentes, on découvre presque toujours la cause dont l'influence a suspendu l'action des poumons. Il ne saurait alors rester de doute sur la nature de la maladie, à moins qu'on ne veuille admettre qu'il a pu se faire en même temps, une rupture des vaisseaux de la substance de l'encéphale. Dans ce cas, aucun symptôme ne pouvant l'indiquer, il serait au moins téméraire de se prononcer sur son existence.

4°. *Catarrhe suffocant.* Morgagni réserve le nom de catarrhe suffocant à une inflammation des bronches, qu'accompagne une irritation particulière de leurs glandes muqueuses. Elles versent alors une si grande quantité de sérosité, qu'il s'ensuit une prompte suffocation (1).

---

(1) *De sed. et caus.*, etc., Epist. anat. XIII, art. 2 et 4.

Quant aux auteurs qui ont précédé ce médecin, il est fort difficile de se faire des idées exactes de la maladie qu'ils ont qualifiée du nom de catarrhe suffocant. Peut-être ont-ils souvent appelé ainsi cette espèce de catarrhe qui, suivant M. Récamier, consiste dans l'inflammation de la muqueuse des cellules bronchiques (1), et que Laennec a considérée, tantôt comme accident, tantôt comme complication, soit du catarrhe chronique, soit du catarrhe aigu (2). Quoi qu'il en soit, ils s'accordent à peu près tous à lui donner pour caractère distinctif, la gêne très-grande de la respiration, jointe à la faiblesse du pouls, mais avec conservation de la connaissance (3). C'en est assez pour faire distinguer de l'apoplexie le catarrhe suffocant, quelle que soit, du reste, la rapidité de sa funeste terminaison.

5°. *Fièvre pernicieuse apoplectique.* Sydenham, Morton, Torti, Sauvages, ont mentionné comme pouvant simuler l'apoplexie (4), une espèce de fièvre pernicieuse intermittente, que Baglivi semble avoir entrevue (5). Elle se montre sous deux aspects différens. Tantôt elle donne naissance à de graves accidens comateux, accompagnés de paralysie générale; tantôt elle produit l'hémiplégie, sans entraîner une perte complète de connaissance. Dans le premier cas,

---

(1) *Leçons orales de clinique.*

(2) *Traité de l'auscultation médiate*, première édition, tome II, p. 78, et deuxième édition, tome II, p. 192.

(3) Sennert, *De Apoplexiâ*, tom. II, lib. I^us^, p. 245. — Mich. Ettmuller, *Opera omnia*, tom. I^us^, p. 382.

(4) *Opera medica*, tom. I^us^, p. 192. — *Opera medica*, p. 197. — *Therapeut. specialis.* — *Nosol*, *Méthod.*

(5) *Opera omnia*, p. 111.

elle simule l'apoplexie forte; dans le second, l'apoplexie moyenne. Sous l'une comme sous l'autre forme, dont il existe quelques exemples bien décrits (1), elle pourrait donner lieu à une erreur de diagnostic. Cependant on parviendra presque toujours à n'en pas commettre, si l'on peut avoir des renseignemens exacts sur la marche progressive et périodique des accidens qui, dans ces cas, sont toujours infailliblement arrêtés dans leur marche, et prévenus sans retour par le quinquina, tant que le mal n'a point encore atteint cette période de sa durée, où l'administration du fébrifuge n'a plus d'efficacité.

6°. *Syncope.* L'encéphale, chez l'homme, remplit deux espèces de fonctions également importantes. Pendant la veille, il établit entre le corps et l'âme ce rapport mystérieux d'où résulte le sentiment de l'existence (2); en outre, il exerce incessamment sur l'innervation générale une influence sans laquelle la circulation ne saurait continuer long-temps. Une des conditions indispensables au maintien de son action, est qu'il soit continuellement *irroré* par un courant non interrompu de sang artériel. Le courant s'arrête-t-il un instant, l'encéphale cesse subitement d'agir, et il en résulte un état d'anéantissement, qui ne diffère de la mort que parce qu'il est ordinairement possible

(1) *Comm. litt.*, heb. 13, an 1734. Deux cas de fièvre intermittente comateuse: l'un suivi de mort, l'autre guéri par le quinquina. — Morton, *Op. med.*, p. 260 et 261. Deux cas analogues guéris par le quinquina. — Torti, *Therap. speci.* Fièvre intermittente avec hémiplégie, guérie par le quinquina, p. 249. — Sauvages, *Nosol. meth.*, tome 1er, p. 354, cas analogue. — Lassalvy, *Arch. gén. de méd.*, juillet 1828, p. 435, cas analogue.

(2) C'est la sensation interne, le sentiment de conscience, la sensation intra-cranienne, comme on voudra l'appeler.

de le faire cesser : c'est ce que j'appelle syncope (1).

Le sujet qui en est atteint se trouve tout à coup privé du sentiment et du mouvement. Une excessive pâleur se répand sur tout son corps ; sa peau devient froide, et se recouvre d'une sueur plus ou moins abondante. Les membres restent souples, mais quelquefois cependant sont agités de convulsions partielles et passagères. La respiration est arrêtée aussitôt que la circulation ; le pouls est insensible ; on distingue à peine quelques faibles battemens du cœur. Si, malgré l'apparente gravité de ces symptômes, on peut parvenir à ranimer la circulation, les malades reviennent promptement à la connaissance : ils semblent alors sortir d'un profond sommeil, ne se plaignent ordinairement d'aucune douleur, et quelquefois éprouvent un sentiment délicieux, comme il arriva à Michel Montaigne en pareil cas (2). Quand, au contraire, la cause qui suspend le mouvement circulatoire, a agi de manière à en rendre le rétablissement impossible, la mort arrive inévitablement, et si cette cause n'est pas de nature à tomber sous les sens, l'ouverture des cadavres montre une intégrité parfaite dans les organes.

Aucune maladie ne se dissipe aussi promptement que la syncope ; et, d'un autre côté, aucune, pas même l'apoplexie dite foudroyante, n'est capable d'amener une mort aussi prompte qu'elle le fait. C'est ainsi que tout sujet atteint de syncope revient complétement à lui au bout de quelques minutes, ou bien meurt à l'instant même où il semble frappé. Voici quelques exemples de ce dernier cas.

---

(1) *Dict. de méd.*, tome xx, *Art.* SYNCOPE.
(2) *Essais*.

SOIXANTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

Syncope mortelle.

Une fruitière, âgée de quarante-quatre ans, de Paris, d'un tempérament bilieux-lymphatique, forte et bien constituée, d'un embonpoint considérable, avait presque toujours joui d'une bonne santé. Un jour, qu'elle causait tranquillement devant sa boutique en novembre 1806, elle pâlit tout à coup, perd connaissance, et se laisse tomber de dessus sa chaise. Les assistans lui mettent dans la bouche une grande poignée de sel; quelques instans après, un médecin lui fait tomber de la cire enflammée sur les mains, et essaye, mais en vain, d'autres excitans. Elle était déjà morte.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Rien absolument de remarquable.

Crâne. Une quantité plus qu'ordinaire de sang dans les vaisseaux de la pie-mère, dans ceux de l'extérieur du cerveau et de sa propre substance. Du reste, toute la masse encéphalique était dans la plus grande intégrité. Les ventricules contenaient quelques gouttes de sérosité.

Poitrine. Les poumons étaient parfaitement sains, seulement un peu gorgés de liquides surtout à leur bord postérieur, ce qu'explique aisément le séjour du cadavre sur le dos pendant environ vingt-quatre heures. Le cœur et l'origine des gros vaisseaux n'of-

fraient pas la plus légère altération. Il y avait beaucoup de sang dans les oreillettes.

Abdomen. Tout dans cette cavité était dans l'état sain.

Remarques. Les morts subites, dont on ne peut attribuer la cause à aucune lésion organique appréciable, sont loin d'être rares. Presque tous les auteurs de médecine en rapportent des exemples, qui peut-être ne sont pas tous également authentiques. Toutefois, on doit reconnaître qu'au moins un certain nombre d'entre eux sont réels, quand on voit de pareils faits reproduits dans les ouvrages d'auteurs connus pour l'exactitude de leurs connaissances en anatomie. Ainsi Rivière, MM. Louis, Andral, Ledémé, Cruveilhier, etc., ont produit des exemples de mort subite avec intégrité sinon parfaite, au moins telle des organes, qu'on ne peut attribuer la mort à aucune des lésions aperçues à l'autopsie (1).

SOIXANTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Syncope mortelle, précédée d'apoplexie très-légère.

Blassel (Marie), âgée de soixante ans, de Beville (Moselle), sans état, d'un tempérament sanguin-

---

(1) *Dissert. sur l'apoplexie sanguine*, mai 1811, nº 52, p. 23. — *Mémoires ou recherches... des morts subites*, p. 457 et suiv. — *Clinique de la Charité*, tome 1er, p. 325. — *Réflex. et Obs. sur quelques points*, etc., *Diss. inaug.*, juin 1823, nº 120, p. 34. — *Dict. de méd. prat.*, tome III, p. 264. — *Lancette française*, tome II, nº 80, et *Arch. gén. de méd.*, t. XXII, p. 111; et peut-être l'observation recueillie sous M. Lobstein, *op. cit.*, juin 1830, p. 260.

lymphatique, d'un assez grand embonpoint, avait eu, il y a deux mois, un étourdissement très-fort, avec perte momentanée de connaissance. Revenue à elle après un temps fort court, ses idées avaient paru troublées par cet accident. Depuis, elle toussait quelque peu, ressentait par intervalle de l'oppression, éprouvait divers malaises qui n'ont pas été bien observés ; le trouble des idées se faisait encore apercevoir de temps à autre. Elle gardait habituellement le lit, faisant un usage suivi de boissons et de potions pectorales. Son état n'avait changé en rien, lorsqu'elle entra à la maison de Santé le 17 janvier 1814. (*Mxt. mucil.; org.*) Sommeil assez calme.

Le 18, dans la matinée, rien de remarquable : pouls, quatre-vingts, souple; respiration assez naturelle. Nulle douleur. (*Org.; jul. éther.*)

Vers midi il survient de l'oppression, qui augmente brusquement à quatre heures. La malade se plaint d'étouffer : on va pour lui faire prendre de sa potion; tout à coup elle perd connaissance, son visage pâlit, se couvre d'une sueur froide, et elle meurt tandis qu'on lui versait dans la bouche quelques cuillerées de son julep éthéré.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Rien de remarquable.

Crâne et canal vertébral. Il y avait beaucoup de sang dans les vaisseaux des tégumens du crâne; très-peu dans ceux de la dure-mère et de l'extérieur du cerveau; à peu près une once de sérosité épanchée à la base du crâne. Les ventricules latéraux en contenaient environ un gros. Dans la partie postérieure de l'hémisphère droit, se trouvait une petite cavité ar-

rondie, inégale, qui pouvait loger une grosse noisette, contenant un demi-gros de liquide purulent, et dont les parois étaient très-molles, comme fondues en une pulpe jaunâtre, dans l'épaisseur d'une ligne ou deux.

Le reste du cerveau était très-sain, ainsi que le cervelet et la moelle épinière. L'arachnoïde du canal vertébral, vers les lombes, contenait une demi-once de sérosité (1).

Poitrine. Les poumons très-sains et bien crépitans, étaient un peu durs vers leurs bords postérieurs, sans pour cela être enflammés. Le péricarde contenait environ une once de sérosité citrine. Le cœur, quoique mou, était très-sain, de même que l'origine des gros vaisseaux.

Abdomen. Quelques circonvolutions de l'intestin grêle paraissaient plus rouges que dans l'état ordinaire, et n'offraient, du reste, aucune altération. La vessie contenait beaucoup d'urine. Aucun autre viscère ne s'écartait de l'état normal.

Remarques. La cavité creusée dans l'hémisphère droit du cerveau, la dureté d'engorgement du bord postérieur de chaque poumon, étaient des lésions assez prononcées pour apporter une gêne quelconque dans le libre exercice des fonctions : de là,

(1) Les expériences de M. Magendie ont montré que, dans l'état normal, les membranes du rachis contiennent tout juste cette quantité de sérosité (a) que MM. Bally, François et Pariset ont considérée non-seulement comme le résultat d'un état pathologique, mais de plus comme formant un des principaux caractères anatomiques de la fièvre jaune ; c'est jouer de malheur en fait de découvertes (b).

(a) *Journ. de physiol. expérim.*, etc., tom. 5, p. 27 et suiv., t. VII, p. [illegible] et suiv.

(b) Mémoire lu à l'Académie royale de médecine en 1823. — *Hist. méd. de la fièvre jaune*, etc., p. [illegible], en note.

sans doute, la série d'accidens ou d'incommodités que Blassel n'avait cessé d'éprouver jusqu'à son entrée à la maison de Santé. Mais ces altérations pathologiques n'auraient point amené à elles seules une mort subite, s'il ne s'y fût joint le concours de quelque autre cause, dont le mécanisme d'action nous échappe. A plus d'un égard, cette observation se rapproche de ces maladies du cœur, principalement l'hypertrophie avec dilatation, qui, après avoir produit pendant quelque temps de fréquentes lypothymies, finissent assez ordinairement par amener une syncope mortelle (1). L'ouvrage de Corvisart en présente un grand nombre d'exemples (2), auxquels il faut ajouter la maladie de Pierre Fassolati, bien que Morgagni, qui cependant avait expressément reconnu la lésion du cœur, l'ait rangée parmi les apoplexies sanguines (3). Nous croyons aussi devoir en rapprocher ces cas de morts subites produites par des concrétions sanguines formées dans les cavités du cœur (4). Là, comme dans l'hypertrophie, on voit, il est vrai, une lésion organique bien capable d'arrêter l'action du cœur; mais lorsqu'il n'existe aucune altération susceptible de rendre compte d'une mort subite, doit-on encore la rapporter à la syncope et lui en donner le nom? Il me semble que oui, et voici pourquoi.

Le mot syncope, dans ce cas, exprime un fait patent, savoir, que le cœur est le premier organe

---

(1) *Qui crebro et vehementer citra manifestam causam linquuntur animo, de repente moriuntur* (a).

(2) *Essai sur les maladies du cœur*, deuxième édition.

(3) *De sed. et caus. morb.*, epist. III, art. 26.

(4) Legroux, *Diss. sur les concrét. sanguines*, août 1827.

(a) Hippocrate, *Aph.*, sec. 2, ap. 41, *Edente Foësio*.

dont l'action interrompue (1) a entravé l'exercice de toutes les fonctions. Mais le nom d'*apoplexie nerveuse*, ou *de névrose apoplectiforme*, dans l'esprit de ceux qui l'emploient, ne se borne pas à la simple mention du phénomène. Il est de plus destiné à en faire connaître la cause, la nature intime. Or, si la supposition qu'il consacre en principe, savoir, la production de la mort par le seul fait d'un trouble nerveux, est probable, il s'en faut de beaucoup qu'elle soit rigoureusement démontrée être vraie. On ne doit donc pas employer une expression qui tranche net une question encore indécise.

SECTION II.

CAS DE DIAGNOSTIC DIFFICILE OU INCERTAIN.

La plupart des maladies peuvent exister sans se manifester par leurs symptômes accoutumés, et ces mêmes symptômes peuvent aussi se montrer en l'absence des maladies dont ils sont ordinairement les indices assurés. Sans faire entièrement exception à cette règle presque générale, l'apoplexie est, moins que beaucoup d'autres affections, dans le cas de se la voir appliquer. Il doit donc être rare qu'on la méconnaisse quand elle existe, ou que l'on croie la reconnaître lorsqu'elle n'existe pas. Cependant l'une comme l'autre de ces deux erreurs peut être commise, et cela, 1° parce que l'apoplexie, troublée dans

(1) Hérophyle attribuait à la paralysie du cœur les morts subites qui arrivent sans aucune altération organique qui puisse en rendre raison (*a*).

(*a*) Cœlius Aurelius *Morb. chron.* lib. II, tom. 2, p. 101.

son cours ordinaire par suite de complications insolites, se cache quelquefois sous des symptômes équivoques; 2° parce que des maladies, qui ordinairement lui ressemblent fort peu, sont dérangées de leur marche habituelle, de manière à imiter la sienne; 3° parce qu'enfin il y a réellement des maladies qui ressemblent parfaitement à certaines apoplexies. Nous allons essayer de montrer la vérité de chacune de ces trois propositions dans les articles suivans.

ARTICLE PREMIER.

Apoplexies troublées dans leur marche par des complications.

SOIXANTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

Cavité multiloculaire dans le corps strié, épanchement de sérosité, ramollissement de la voûte à trois piliers, et apoplexie.

Lejeune (Henri-Joseph), âgé de soixante-treize ans, de Liége (Ourthe), sans état, paraissant avoir été d'un tempérament sanguin, d'une taille et d'un embonpoint ordinaires, était tombé, depuis environ deux ans, dans un état complet d'enfance, qui n'avait été précédé ni suivi d'aucun accident. Il buvait, mangeait, dormait, marchait comme à son ordinaire; mais il ne conservait pas la moindre liaison dans ses idées. Vers le 10 mars 1811, il fut pris d'un léger mouvement de fièvre. Il garda le lit, déraisonnant, ou plutôt délirant continuellement, et laissant aller sous lui. Le 19, il fut transporté à la maison de Santé dans l'état suivant : pouls à peu près naturel, regard hébété, paroles sans suite, mais nullement articulées; mobilité de tous les membres également, quoiqu'ils soient très-affaiblis; ventre libre, sommeil; retour

de l'appétit, qui avait été un peu dérangé pendant quatre ou cinq jours. (*Jul. val. éther.; orang.*)

Jusqu'au 22, pas de changement sensible. (*Même prescription.*)

Le 23, dans la soirée, il ne paraît pas dans son état ordinaire, et il cesse de parler, et probablement d'entendre. Le matin, il n'avait presque pas mangé, contre son habitude. (*Jul. val. éther; orang.; sinap.*)

Le 24, visage un peu violet, livide; nul signe de connaissance: respiration stertoreuse, peau chaude et moite; pouls, 120. (*Même prescript.*). Mort à onze heures du matin.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Rien de remarquable.

Crâne. La dure-mère adhérait beaucoup au crâne, en sorte qu'il a été impossible de l'en séparer sans la déchirer dans une assez grande étendue, au-devant et au-dessus des lobes antérieurs du cerveau. Ses vaisseaux contenaient une médiocre quantité de sang.

Infiltration considérable de sérosité entre la pie-mère et l'arachnoïde. Épanchement de deux onces environ de cette humeur à la base du crâne. Chaque ventricule latéral en contenait à peu près une demi-once: elle était sanguinolente. Il est probable qu'il y en avait eu davantage, mais qu'elle sera sortie de ces cavités par les secousses auxquelles le décollement du crâne d'avec la dure-mère a donné lieu. Du côté gauche, à la réunion du corps strié, de la couche optique et de la commissure antérieure, dont la moitié gauche était presque entièrement détruite et ramollie, se trouvait une petite ouverture inégale,

arrondie, qui d'un côté communiquait avec le ventricule latéral, de l'autre, avec une petite caverne contenue presque en entier dans la couche optique, et renformant environ deux gros de sang noir et coagulé. En avant de cette cavité, le corps strié en présentait une autre, formée par un grand nombre d'aréoles qui contenaient environ un gros de liquide sanguinolent. La voûte à trois piliers était grisâtre, molle et altérée dans son tissu. Les carotides et les vertébrales, depuis leur entrée dans le crâne jusqu'à leur réunion en basilaire pour les dernières, et jusque vers leurs dernières divisions pour les autres, offraient dans beaucoup d'endroits des points osseux, pierreux, cartilagineux, dans d'autres, étaient seulement jaunes et épaissies (1).

Poitrine. L'aorte, à son origine, présentait quelques plaques osso-pierreuses. Du reste, le cœur et les poumons étaient parfaitement sains.

Abdomen. Rien d'altéré dans cette cavité.

Remarques. Voilà un exemple assez rare d'épanchement consécutif de sérosité suivi lui-même et compliqué d'apoplexie jointe au ramollissement aigu, de telle sorte que, non-seulement il était à peu près impossible de reconnaître ces deux dernières maladies avant l'ouverture du cadavre; mais que, même depuis, il n'est pas aisé de dire laquelle a paru la première. D'une part, est-ce l'apoplexie, et son origine peut-elle être rapportée au 10 mars, moment où le malade a été forcé de garder le lit et a éprouvé du délire, le ramollissement de la voûte à trois piliers étant alors consécutif? D'un autre côté, cette dernière

(1) Voyez p. 157 de ces *Recherches*, notes deux et trois, et *Lancette française*, 9 avril 1833, p. 170, un cas d'ossification des capillaires d'un hémisphère du cerveau.

maladie date-t-elle elle-même du 10, et est-ce l'hémorrhagie qui sera venue brusquement en interrompre le cours? Si cette dernière opinion, quoique la plus probable, n'est pas rigoureusement démontrée, on ne peut, ce me semble, hésiter à reconnaître l'affection du corps strié comme étant la première en date. Elle aurait donc contribué à produire les symptômes d'hydrocéphale que Lejeune a présentés pendant près de deux ans. Au reste, sans m'arrêter davantage sur la filiation de ses premières maladies, je ferai observer que les accidens de celle à laquelle il a succombé indiquaient à peu près également une *fièvre cérébrale des vieillards*, un ramollissement et une apoplexie, mais avec un caractère d'équivoque, expliqué d'une manière très-satisfaisante par le grand nombre de lésions trouvées à l'ouverture du cadavre. On pouvait par conséquent reconnaître ce cas pour être douteux : c'est tout ce que je voulais prouver.

SOIXANTE-HUITIÈME OBSERVATION.

Tumeur d'apparence squirrheuse dans l'hémisphère gauche du cerveau; épanchement de sérosité dans les ventricules, précédé d'apoplexie.

Gaufin (Joseph), âgé de quarante-six ans, d'un tempérament sanguin, de Charleroi (Belgique), ébéniste, très-adonné aux excès de boisson, et éprouvant depuis environ deux mois des douleurs de tête assez vives et de fréquens vertiges, tomba, il y a environ six semaines, tout-à-coup sans connaissance. Il resta dans cet état pendant trois quarts d'heure, durant lesquels sa bouche se dévia fortement à droite. Revenu à lui, sa douleur de tête sembla augmentée, et il éprouva beaucoup de difficulté à articuler les mots. Ces accidens diminuèrent cependant peu à peu.

La douleur de tête n'était guère plus forte qu'avant, et la parole avait repris à peu près sa facilité habituelle, lorsque, le 12 juillet 1810, il fut pris d'une attaque analogue à la première, qui dura une demi-heure. Le lendemain 13, jour de son entrée à la maison de Santé, il présenta les symptômes suivans : faiblesse notable des membres droits; articulation des mots très-difficile; douleur constante en avant du front; idées peu suivies, pouls naturel (*jul. éther; raif.*); du sommeil.

Le 14, bouffées de chaleur au visage; douleur de tête augmentée; même état du reste. (8 *sang. temp.; même prescr.*)

Le 15, vésicatoire entre les épaules, le 16, sangsues aux tempes, le 17, vésicatoire à la nuque; même prescription à l'intérieur. Durant ce temps, la douleur de tête est tantôt plus forte, tantôt moins. Le 23, elle devient très-intense, et la parole en même temps plus difficile. (*Jul. éther; raif.; poudre dover gr. xij.*)

Le 25, état de léger délire; réponse à côté des questions; violente douleur de tête. (*Calom. gr. vj; raif.; poud. dover gr. xij.*) Quelques vomissemens dans la nuit.

Le 26, même douleur de tête; air abattu et hébété, pupilles contractiles. (*Même prescr.; calom. gr. viij.*)

Jusqu'au 30, sorte d'apathie ou plutôt d'imbécillité. La douleur de tête ne paraît plus se faire sentir; pupilles resserrées, peu contractiles; pouls, 60. (*Même prescr.*)

Le 31, irritation mercurielle; aphthes à la bouche avec gonflement des joues; délire continuel. Le malade veut à chaque instant se lever, et se laisse tomber

sans pouvoir se soutenir; il marmotte sans cesse entre ses dents; diarrhée : jusque-là le ventre avait été seulement libre. (*Jul. éther; vésicat. jamb.*)

Le 1er août, même état. (*Jul. craie liq. Hoff.* ʒj; *jul. éther*, ʒj; *gg.*)

Le 3, la connaissance est bien revenue; le dévoiement a cessé; mais la parole est toujours très-difficile, et l'irritation mercurielle de la bouche continue : pouls, 72. (*Jul. éther* ʒj; *raif.*)

Le 6, agitation et délire dans la nuit. Le 8, quelques mouvemens convulsifs du bras gauche et de la face; l'ouïe paraît tout-à-fait perdue. Dans cet état, les forces tombent de jour en jour. Le 11, il survient de nouveaux mouvemens convulsifs, et le malade meurt dans la nuit, après une courte agonie.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Maigreur assez considérable. Rien de remarquable du reste.

Crâne. Adhérences très-fortes de la dure-mère au crâne; aplatissement considérable des circonvolutions de l'hémisphère gauche seulement, comme dans les cas d'hydrocéphale considérable.

Dans la partie postérieure de cet hémisphère, au-dessus de la paroi externe de l'arrière-cavité du ventricule latéral, se trouvait une tumeur arrondie, du volume d'une très-grosse noix, ressemblant parfaitement à une glande squirrheuse, à cela près qu'on y voyait quelques vaisseaux sanguins, parmi lesquels il y en avait un de cinq lignes de long, gros comme une épingle, et entouré d'un petit caillot de sang. Au centre de la tumeur, dans un volume gros comme le bout du doigt, était une sorte de tissu aréolaire, celluleux, rempli d'une sérosité citrine infiltrée dans

les mailles dont il était formé. La tumeur elle-même était entourée de deux couches de substance cérébrale dégénérée, d'environ trois lignes d'épaisseur chacune, dont l'extérieure, d'un blanc terne, était ferme et très-résistante; l'intérieure, d'un gris tirant sur le jaune, presque molle. On voyait en avant de cette dégénération, hors de son enceinte, une cavité oblongue, d'un pouce environ d'étendue dans son plus grand diamètre. Ses parois étaient jaunâtres et très-molles, dans l'épaisseur de trois à quatre lignes. Les ventricules latéraux contenaient environ deux onces de sérosité.

Il n'y a eu que le crâne d'ouvert.

Remarques. Les progrès toujours croissans d'une tumeur, dont le développement était sans doute déjà fort avancé quand elle a donné lieu aux vertiges et à la douleur de tête, ont dû singulièrement entraver la marche de l'hémorrhagie survenue deux mois après l'apparition de ces accidens. L'épanchement séreux des ventricules n'a pu manquer d'agir dans le même sens. D'un autre côté, il est de fait que l'apoplexie se montre rarement pendant le cours des lésions chroniques de l'encéphale. On pouvait donc, dans le cas présent, la méconnaître facilement, et croire que la première fois, comme la seconde, la perte de connaissance avait été produite par un simple coup de sang. L'ouverture du cadavre pouvait seule décider la question, en montrant les traces du foyer apoplectique.

SOIXANTE-NEUVIÈME OBSERVATION.

Ramollissement du cerveau, apoplexie et arachnitis; double pleurésie chronique.

Télard (Eugène), d'un tempérament bilioso-san-

guin, âgé de vingt-sept ans, d'une assez belle taille, confiseur, né en Italie, avait eu, vers la fin de janvier 1827, une affection inflammatoire aiguë de la poitrine, pour laquelle on lui avait fait trois saignées à peu de distance l'une de l'autre. Malgré cette médication et l'usage d'autres antiphlogistiques, il conservait de la toux, une fièvre erratique, de l'oppression, etc., lorsque, le 22 avril suivant, il entra à la clinique de M. Chomel. Il y resta jusqu'au 15 juin, qu'il sortit, se trouvant sensiblement mieux, mais ayant encore de la toux, parfois de la fréquence dans le pouls, la respiration habituellement un peu gênée, et une diminution notable de la sonoréité du côté gauche de la poitrine, où la respiration se faisait encore faiblement entendre.

Au lieu de continuer après la sortie du malade, le mieux qu'il avait éprouvé disparaît chaque jour; la toux, l'oppression, augmentent; la fièvre reparaît, les forces tombent graduellement, ce qui empêche Télard de reprendre ses occupations comme il en avait le désir. Sur ces entrefaites, il éprouva vers le 25 juin une sorte de fourmillement passager dans les membres droits, principalement le supérieur. D'abord faible, de peu de durée, et reparaissant à des intervalles assez éloignés, ce fourmillement devient plus fort les jours suivans, et pendant qu'il se fait sentir, les membres éprouvent, en outre, une faiblesse qui par moment va jusqu'à la paralysie, surtout pour le bras. Enfin, les accidens sont portés au point que, pendant plusieurs heures, les membres sont vraiment paralysés. Cependant ils reprennent ensuite de telle sorte leur motilité, que le 3 juillet, jour de la rentrée du malade à la clinique, il avait pu écrire assez facilement une lettre. Il n'éprouvait

alors qu'un peu de faiblesse du côté droit, laquelle se faisait aussi sentir dans les muscles du même côté de la face; les pupilles étaient contractiles; la tête n'était nullement douloureuse; mais la percussion et l'auscultation indiquaient une double pleurésie passée à l'état chronique.

Le 4, même état que la veille, quoiqu'il y eût eu dans la soirée une attaque de paralysie plus forte que les précédentes, accompagnée, pour la première fois, d'une grande gêne dans l'articulation des mots. Assez bon appétit, pouls peu fréquent. (*Org.; lav.; soupe.*)

Le 5, la paralysie est en grande partie dissipée. Le 6, assez vive douleur à la partie antérieure de la tête. (*Sang. temp.; pédil.; pect. gom.*) Le 7, soulagement marqué qui se soutient jusqu'au 8; toux, à laquelle on fait peu d'attention. Cependant la force des membres droits paraît diminuer de plus en plus.

Le 9, retour de la douleur de tête. (*Sang. temp.*) La douleur se calme encore une fois; mais la faiblesse des membres fait des progrès. Cinq jours se passent sans accident notable.

Le 14, sorte d'attaque avec soubresauts fréquens et violens, accompagnés de contracture permanente du bras paralysé, le membre inférieur restant simplement immobile; face déviée à gauche, langue, à droite; articulation des mots très-difficile et presque inintelligible. La peau, chaude, est moite sur tout le corps, et couverte de sueur à la face; le pouls fréquent, un peu faible. Nulle douleur de tête, pupilles bien contractiles. Le malade conserve parfaitement sa présence d'esprit. (*Glace sur la tête; pédil. sinap.; pect.; gom.*) Dans la journée, malaises, frissons, bouffées de chaleur.

Le 15, impossibilité d'articuler les mots. A toute question, le malade répond : *non, non, non*, malgré tous ses efforts pour dire autre chose. Il montre néanmoins une sorte de gaîté, et comprend très-bien ce qu'on lui dit. Mêmes soubresauts dans le bras. (*Même prescrip.*) Pendant l'application de la glace, les soubresauts diminuent ; ils reparaissent ensuite, puis cessent dans la soirée.

Le 16, retour des soubresauts ; pouls fréquent et faible ; yeux chassieux, surtout le droit : hier ils étaient devenus hagards pendant l'application de la glace. Le malade, dont l'intelligence est intacte et la vue bien conservée, indique ne plus vouloir de glace, et manifeste l'envie de manger : il avait été tenu les jours d'avant à une diète très-sévère. Pouls fréquent et faible ; constipation. (*Crême riz ; foment. oxi.*)

Le 17, rémission des symptômes, articulation de quelques mots ; idées très-présentes, paralysie sans soubresauts. (*Même prescript.*)

Le 18, retour de l'impossibilité de parler, la vue et l'ouïe n'éprouvant aucun dérangement ; yeux plus chassieux, soubresauts du membre droit très-fréquens, affaiblissement et sorte de stupeur. (*Foment. oxi. ; pot. gom. éther. ; sinap.*) Le 19, même état. Le 20, impossibilité d'articuler un seul mot, délire obscur, face altérée, tempes creuses, yeux chassieux. Le 21, la connaissance semble un peu revenue : même état du reste. Les 22, 23 et 24, absence presque complète de connaissance, yeux fort chassieux, soubresauts dans le bras paralysé, excrétion de l'urine et des fèces involontaire, expiration *soufflante*, pouls fréquent, amaigrissement considérable.

Le 25, apparition sur le poignet droit de deux phlyctènes grosses comme des noisettes, d'où s'écoule un liquide séreux jaunâtre. Léger gonflement

de la main et de l'avant-bras, sans changement de couleur à la peau. Le malade, qui a recouvré sa connaissance, prononce très-distinctement *bonjour monsieur.* Il entend très-bien, et s'exprime par signes, moins bien, à la vérité, qu'avant cette dernière exacerbation. Pupilles mobiles, langue blanche, humide : elle avait été sèche les quatre jours précédens : pouls fréquent et faible. (*Pot. gom. éther.; foment. oxi.*) Une selle volontaire.

Le 26, diminution de la connaissance.

Le 27, soubresauts continuels de l'avant-bras et de la main du côté droit; respiration parfois râleuse, avec soulèvement des joues dans l'expiration; yeux comme éteints, lèvres recouvertes d'un mucus desséché. Dans cet état, le malade reconnaît encore les personnes qui s'approchent, et s'en fait comprendre par signes. Le soir, un peu de coma, urines involontaires, pouls très-faible. (*Même prescript.*)

Le 28, faiblesse très-grande, léger coma, sans délire appréciable. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre, faite par M. de Lagarde et par moi.

Habitude extérieure. Maigreur très-considérable. Rien de remarquable du reste.

Crâne. L'arachnoïde de la partie postérieure de l'hémisphère gauche du cerveau offrait, dans une surface de quatre à cinq pouces carrés, une couleur jaunâtre, due à l'infiltration dans la pie-mère subjacente, d'un pus concret, formant une couche de près de deux lignes d'épaisseur, laquelle allait graduellement en s'amincissant du centre à la circonférence, où elle était entourée par une injection vasculaire d'un demi-pouce de largeur. Elle contenait, en outre, dans son

épaisseur, quelques grains miliaires, et adhérait intimement à la substance cérébrale entre quatre ou cinq circonvolutions. Du côté droit, se trouvait une semblable infiltration de pus, n'ayant guère qu'un pouce de surface, et n'adhérant pas au cerveau, du reste, disposée en tout comme la première.

L'hémisphère gauche, enlevé horizontalement au niveau du corps calleux, présenta par cette coupe l'altération suivante : Dans une surface d'environ quatre pouces, il contenait six ou huit caillots de sang arrondis, de trois à quatre lignes de diamètre chacun, et un autre de forme ovalaire, long de six à sept lignes. Le sang des deux ou trois plus gros caillots, mais surtout celui de ce dernier, était mou, noirâtre, et remplissait en totalité la cavité qui le contenait. Cette cavité avait, comme les autres, des parois d'une ligne ou deux d'épaisseur, sablées de petits grains de sang assez fermes. On remarquait la même espèce de *pointillé* autour et dans l'intervalle de plusieurs places, de deux à trois lignes de diamètre, où il n'y avait pas de véritable épanchement de sang, mais plutôt une combinaison de ce liquide avec le tissu du cerveau. Elle se retrouvait aussi dans l'intervalle des caillots de sang, qu'elle enveloppait de manière à former du tout, une masse ayant le volume d'un gros œuf. Autour, et dans l'épaisseur de quatre à cinq lignes, la substance cérébrale était molle, comme visqueuse, peu miscible à l'eau, et d'un jaune serin clair, dont la teinte allait graduellement en diminuant de l'intérieur à l'extérieur. Cette altération si complexe occupait à peu près tout le tiers postérieur de l'hémisphère jusqu'à sa superficie en arrière. Les ventricules latéraux contenaient un peu de sérosité.

Poitrine. Le cœur était mou, uniformément di-

laté, sans épaississement de ses parois. La plèvre costale gauche, épaisse de deux lignes, adhérait, par plus des trois quarts de sa surface, à la plèvre pulmonaire, qui elle-même était notablement épaissie. Le poumon du même côté affaissé, peu crépitant, et gorgé de liquide, contenait dans son sommet quelques granulations. Le poumon droit en renfermait aussi quelques-unes; il était, en outre, plus engoué, et dans un état voisin de l'hépatisation. La plèvre de la gouttière costale était rouge, recouverte de fausses membranes faciles à déchirer, entre lesquelles se trouvaient six ou huit onces de sérosité.

Abdomen. La vessie était remplie d'urine. Les deux substances du foie se voyaient fort distinctement. Tout le reste de l'abdomen était à l'état normal.

Remarques. L'affaiblissement des membres, précédé de fourmillement, annonçait un ramollissement du cerveau. Huit ou neuf espèces d'attaques brusques, suivies chacune d'une sorte de rémission, avaient tous les caractères des accidens causés par l'apoplexie, et les soubresauts, ou mieux les convulsions prolongées du membre supérieur droit, ne paraissaient pas laisser de doute sur l'existence d'une inflammation des méninges, comme je le faisais remarquer aux élèves dans les leçons où je remplaçais M. le professeur Chomel. L'autopsie a justifié ponctuellement ces divers diagnostics. Cependant ils me semblaient et ils me sembleraient encore ne devoir être portés qu'avec une certaine réserve, dans un cas de pareille complication qui offre une grande analogie avec les faits recueillis par M. Burnet et par Dance (1).

(1) *Obs. d'hémorr. cérébrales. Journ. hebd.*, avril 1830, p. 52 et suiv. — *Hémorrhagies multiples du cerveau. Arch. gén. de méd.*, mars, 1832, p. 325 et suiv.

Dès l'instant où les symptômes cérébraux acquirent une grande intensité, les symptômes de la phlegmasie thoracique furent entièrement masqués, comme il arrive presque toujours alors. La percussion et l'auscultation apprenaient seules de temps en temps qu'elle continuait à marcher.

SOIXANTE-DIXIÈME OBSERVATION.

Ramollissement du cerveau avec mélange d'épanchement de sang; phthisie pulmonaire.

Alamome (Jean-Baptiste), âgé de vingt-neuf ans, d'un tempérament bilieux-sanguin, de Limoges (Haute-Vienne), maçon, était sujet depuis plusieurs années à s'enrhumer presque tous les hivers. Jusque-là il s'était assez facilement rétabli de ses rhumes; mais il y a quatre mois, il en eut un bien plus opiniâtre que les autres, pendant la durée duquel il perdit peu à peu l'appétit et le sommeil, et fut pris d'oppression assez forte. Malgré cela, il continuait toujours à travailler. Le 1er janvier 1812, l'oppression augmente; il s'y joint de la douleur dans la poitrine, et un crachement de sang assez considérable. Les jours suivans, le crachement de sang diminue; mais l'oppression persiste, la douleur de poitrine augmente, et la toux est plus fréquente. Le 6, le crachement de sang revient avec abondance; ce qui détermine Alamome à entrer à la maison de Santé le 7. Ce jour-là, toux fréquente, oppression et douleur de poitrine, crachats de sang pur, pouls fréquent, soif, langue blanche, ventre libre, peu de sommeil la nuit.

Le 8, crachats mêlés de sang: pouls, cent vingt. Même état du reste. (*Mxt. nit.; org.; saign.*) Assez bon sommeil. Le sang de la saignée est couenneux.

Le 9, expectoration de près d'une palette et demie de sang. (*Même prescrip.*; *saign.*) Sang couenneux.

Le 10, crachement de sang aussi abondant dans la soirée : les crachats de la journée avaient été jaunes. Pouls, cent huit; toux fréquente. (*Poud. mucil.* ℥ij; *org.*; *mxt. nit.*; *saign.*) Sang couenneux. Sommeil la nuit.

Du 11 au 18, l'expectoration est tantôt plus, tantôt moins abondante, et conserve le même caractère; l'oppression et la toux présentent dans leur fréquence et leur intensité des variations analogues; la douleur de poitrine disparaît à peu près entièrement, et le pouls reste entre cent huit et cent vingt. Le sommeil et la liberté du ventre n'offrent rien de remarquable durant tout ce temps. (*Mxt. mucil.*; *org.*; *pil. dig.*, *de deux à six par jour*; *poud. relâch.*, *deux fois.*)

Le 19, oppression très-forte, sentiment de faiblesse, visage fatigué : pouls, cent vingt. Dans la soirée, léger délire. (*Mxt. mucil. camp.*; *pil. dig.* vj; *org.*)

Le 20, stupeur voisine du coma : le malade ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. (*Même prescrip.*; *pil. dig.* viij.)

Le 21, même état, peu de toux et d'expectoration, coucher en supination.

Le 22, hémiplégie bien constatée du côté droit, respiration assez libre : pouls, cent huit; visage naturel, ventre resserré. Le malade paraît entendre, mais ne répond pas. (*Jul. val. éther.* ʒß; *sinap.*; *orang.*)

Du 23 au 28, pas de changement bien sensible; l'hémiplégie et l'aphonie persistent, bien que le malade paraisse entendre; la respiration est tantôt libre, tantôt gênée; la toux en général rare, et l'expectora-

tion peu abondante ; le pouls à cent. Durant tout ce temps, même prescription, et deux fois, *poud. cath.*, pour entretenir la liberté du ventre.

Le 30, essai infructueux pour parler ; du reste, même état. Les jours suivans, les forces tombent, le pouls revient à cent vingt ; l'expectoration se supprime vers le 2 février, et le malade s'éteint graduellement le 5, sans être sorti de son assoupissement.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Maigreur assez grande.

Crâne. La dure-mère était fort adhérente au crâne. On voyait sur sa face externe, vers l'extrémité postérieure de la suture sagittale, de chaque côté de la ligne médiane, deux petits corps blanchâtres, gros comme le bout du petit doigt, dont le tissu ressemblait à celui des glandes salivaires, lesquels s'étaient creusé chacun un petit enfoncement à la face interne du crâne. La pie-mère était légèrement infiltrée de sérosité. Il y avait un peu de cette humeur épanchée à la base du crâne.

Extérieurement, le cerveau était pâle ; ses veines contenaient peu de sang. La même pâleur se faisait remarquer à l'intérieur des ventricules, dans lesquels on ne trouvait cependant pas de sérosité. La partie postérieure de l'hémisphère gauche renfermait une sorte de tumeur, grosse comme une petite noix, d'un tissu mou, grisâtre, facile à écraser entre les doigts, qui était remplie d'un grand nombre de caillots de sang gros comme des têtes d'épingles et des grains de chenevis. Cette tumeur, qui n'était autre chose que de la substance cérébrale altérée dans son organisation, était enveloppée de toutes parts par une couche de

tissu nerveux, réduit en bouillie purulente dans l'épaisseur de deux à trois lignes. Cette dernière couche était partout entourée de la substance cérébrale, excepté tout-à-fait en arrière, où elle était immédiatement sous la pie-mère. Tout le reste de l'encéphale était sain, quoique d'une grande mollesse.

Poitrine. Anciennes et fortes adhérences des poumons aux plèvres. Tous les deux contenaient un grand nombre de tubercules, surtout à leurs sommets. Là, leur parenchyme était dense, pesant, et contenait de gros tubercules suppurés, formant des foyers à loger des noisettes. Le reste du tissu pulmonaire, qui ne renfermait pas de tubercules, était gorgé de liquide, et dans un état voisin de l'inflammation. Le cœur n'offrait aucune altération, de même que l'origine des gros vaisseaux.

Abdomen. Tous les viscères contenus dans cette cavité étaient sains.

Remarques. C'est principalement à la phthisie pulmonaire, jointe à un état inflammatoire des poumons, dont l'existence était si bien indiquée par le sang constamment couenneux des trois saignées, qu'est due la mort d'Alamome. Chez lui, l'affection cérébrale était secondaire, au lieu de se présenter en première ligne, comme chez Télard. Cependant elle n'en a pas moins produit des symptômes fort graves, et cela d'autant plus facilement, sans doute, que le sujet était déjà plus affaibli. Toujours est-il que, si la rapidité des accidens auxquels elle a donné naissance, indiquait une hémorrhagie, leur persistance, sans aucune espèce de rémission, annonçait comme complication un ramollissement simultané du cerveau. Néanmoins, tout bien considéré, ce diagnostic vérifié par l'autopsie, n'était avant que probable.

Dans le cas précédent comme dans celui-ci, la lésion occupait la partie postérieure de l'hémisphère gauche. Le dernier malade est tombé dans une aphonie complète; le premier n'a pu prononcer que quelques mots durant douze ou quinze jours. Nous aurons occasion de revenir sur cette perte de la parole, coïncidant avec une maladie de la partie postérieure du cerveau.

SOIXANTE-ONZIÈME OBSERVATION.

Apoplexie; tumeur encéphaloïde du cerveau; ramollissement autour des foyers hémorrhagiques; épanchement séreux dans les ventricules.

Lechantre (Jacques), âgé de cinquante-trois ans, maigre, d'un tempérament bilieux, ivrogne, fort adonné aux excès vénériens, ayant eu plusieurs fois la syphilis, et mené toute sa vie une conduite crapuleuse, n'avait pas cessé, malgré cela, de jouir habituellement d'une bonne santé, et n'était sujet, ni aux vertiges, ni aux douleurs de tête. Son frère aîné a eu, il y a dix ans, une attaque d'apoplexie. Pour lui, il fut pris tout à coup, le 28 novembre 1813, d'étourdissemens, avec douleur de tête assez forte du côté droit; en même temps il y voit trouble, se sent faiblir du côté gauche, et éprouve une grande difficulté à parler, accompagnée d'un léger tremblement de la mâchoire, et d'une salivation assez forte. Au bout de quelques heures, le tremblement cesse, l'éblouissement est entièrement dissipé; mais la faiblesse du côté, la gêne de la parole, et la douleur de la tête persistent. (*Huit sang. temp.* le 28; *tart. stib.; sang.*;

sinap. le 29.) Le malade perd une assez grande quantité de sang, vomit abondamment, mais n'est pas sensiblement soulagé.

Le 1er novembre, jour de son entrée à la maison de Santé, les symptômes mentionnés en dernier lieu persistent ; le visage est un peu dévié à droite; la langue, qui est blanchâtre, se porte à droite; le pouls est naturel, le ventre resserré; sommeil assez bon. (*Jul. éther.; orang.; vésicat. nuq.*)

Le 2 et le 3, pas de changement marqué : toujours douleur assez vive dans le côté droit de la tête ; la faiblesse et l'engourdissement des membres gauches paraissent un peu moindres. (*Même prescrip.; six sang. temp.*)

Du 4 au 5, la douleur de tête diminue, la parole est moins gênée, le bras gauche reprend de la force. Langue toujours blanche, constipation : pouls, quarante-huit. (*Tart. stib.* gr. j; *orang.*) Quatre selles.

Les jours suivans, l'amélioration fait constamment des progrès, et Lechantre sort le 10, de la maison de Santé. La parole était encore alors un peu gênée; mais le visage n'était plus sensiblement dévié, et la faiblesse des membres gauches avait en grande partie disparu.

Rentré chez lui, ce malade avait repris presque tout de suite son travail et ses habitudes vicieuses. Débarrassé de son vésicatoire, dont la suppuration avait été fort abondante pendant deux mois, il semblait avoir entièrement recouvré sa santé, lorsque, dans les premiers jours de février 1814, il fut pris, pendant la nuit, d'une violente douleur de tête avec roideur convulsive des membres, gêne très-grande de la parole, ou plutôt impossibilité d'articuler les mots, sans perte de connaissance. Cette espèce d'accès dura en-

substance médullaire était d'un blanc un peu jaunâtre, et d'une mollesse extrême, dans l'épaisseur de deux ou trois lignes, autour de cette membrane qui, en arrière, avait contracté des adhérences avec une tumeur grosse comme une noisette, rosée, formée de squirrhe et d'encéphaloïde, qu'on pouvait écraser entre les doigts par une pression un peu forte. La partie postérieure et externe du corps strié renfermait une cavité un peu plus grande et de même aspect que celle qui vient d'être décrite, dont elle n'était séparée, en dehors et en arrière, que par une couche de substance médullaire, très-molle et jaunâtre, d'environ trois lignes d'épaisseur, qui lui formait une sorte d'enveloppe. Ces deux cavités ne contenaient que quelques gouttes de liquide ichoreux. Elles étaient traversées par un grand nombre de filamens celluleux ou vasculaires, qui se rompaient presque sans qu'on s'en aperçût. Le cervelet, quoique mou, l'était beaucoup moins que le cerveau.

Poitrine. Les poumons très-adhérens aux plèvres, surtout le droit, contenaient dans leurs vaisseaux une énorme quantité de sang. Ils étaient parfaitement sains, ainsi que le cœur et l'origine des gros vaisseaux.

Abdomen. Les organes abdominaux n'offraient aucune altération notable.

Remarques. J'ai placé cette observation dans les cas de diagnostic douteux, parce que, lors de la rentrée de Lechantre à la maison de Santé, il me paraissait très-difficile de décider si sa seconde maladie était une nouvelle hémorrhagie, ou la suite des désordres que l'apoplexie entraîne ordinairement après elle, ou bien le produit de quelque affection organique surajoutée. Aujourd'hui que la marche des affections chroniques de l'encéphale est beau-

coup mieux connue, il n'y aurait pas lieu à pareille hésitation. Cependant cette observation ne laisserait peut-être pas encore de présenter quelque obscurité.

SOIXANTE-DOUZIÈME OBSERVATION.

Hémorrhagie disséminée du cerveau, avec ramollissement de la substance nerveuse; phthisie pulmonaire, et pleurésie chronique.

Blondel (Alexandre), âgé de quarante-sept ans, d'un tempérament sanguin-lymphatique, passementier, avait commencé, il y a environ dix-huit mois, à éprouver de l'oppression qui, d'abord légère, avait augmenté peu à peu, de manière que, depuis six mois environ, elle était devenue très-pénible. Il toussait aussi de temps à autre, et malgré cela continuait toujours de travailler. A ces accidens se joignit, il y a seulement six semaines, un œdème des jambes, qui alla graduellement en augmentant. Un érysipèle des mêmes parties, survenu trois semaines après, fait diminuer un peu l'œdème, mais ne change rien à l'oppression. Dans cet état, le malade tombe tout à coup sans connaissance, le 21 mai 1812. Revenu à lui, au bout de deux heures, il s'aperçoit qu'il s'est mordu la langue; il se sent très-faible du bras gauche, mais veut et peut encore travailler. Les jours suivans, il est pris, par intervalles, de secousses convulsives dans le bras. Le 28, il perd de nouveau subitement connaissance pendant plusieurs heures; il se trouve ensuite paralysé du bras gauche, et éprouve beaucoup de peine à articuler les mots. Le 29, jour de son entrée à la maison de Santé, la gêne de la parole est toujours

très-grande, la langue enflammée par suite des morsures, le pouls fréquent, l'oppression fatigante, la toux comme d'habitude; les jambes œdématiées, sont couvertes d'une éruption légèrement squameuse. Du sommeil, de l'appétit, ventre libre. (*Mxt. mender.; houb.*)

Le 30, perte subite de connaissance pendant environ un quart-d'heure, accompagnée de mouvemens convulsifs des membres gauches. Une selle. (*Même prescrip.; vésicat. nuq.*)

Le 31, pouls, quatre-vingt-quatre, un peu fort; pas de selle, légères coliques. (*Mxt. mender.; houb.; poud. cath.* ʒß.) Trois selles.

Les 1er, 2, 3 et 4 juin, pas de changement sensible; langue encore gonflée par suite des morsures renouvelées dans la dernière attaque; continuation de la faiblesse; paralysie des membres gauches, augmentation de l'œdème, toux fréquente. (*Mxt. mender. dos.* 1/2; *bard.*)

Le 6, un peu d'engourdissement de la jambe gauche, toux fréquente, oppression augmentée. (*Même prescrip.*)

Du 7 au 10, affaiblissement progressif, même état des membres gauches.

Le 11, mouvemens convulsifs à deux reprises, sans perte de connaissance; une selle; même fréquence de la toux. (*Inf. arnic.*, ℥ij., *ox. scil.* ℥ß.)

Le 12, progrès de l'affaiblissement, œdème du bras gauche, toux fréquente.

Le 13, à huit heures du matin, perte de connaissance avec mouvemens convulsifs dans la face et le bras paralysé : pouls, quatre-vingt-seize. (*Inf. arnic.* ℥ij.; *ox. scil.* ʒß.; *jul. éther.; orang.*) Retour de la connaissance vers dix heures.

Le 14, pouls, quatre-vingt-huit; peu de toux; une selle. Le malade se dit très-faible. Les jours suivans, la faiblesse augmente; la toux n'est pas très-fréquente. La mort arrive graduellement le 22, sans qu'il y ait eu de nouvelles convulsions. Jusqu'à la fin, même prescription.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Maigreur très-considérable.

Crâne. Les vaisseaux de la dure-mère contenaient une quantité de sang assez considérable. La substance cérébrale était d'une grande mollesse; les ventricules latéraux ne contenaient pas de sérosité. Les plexus choroïdes offraient plusieurs vésicules hydatidiformes.

Entre le tiers moyen et le tiers postérieur de l'hémisphère droit, au-dessus de la partie postérieure du ventricule, la substance cérébrale formait une sorte de tumeur, grosse comme un œuf, qu'il était facile d'écraser entre les doigts. Elle était formée d'une couche extérieure jaunâtre, comme granulée, assez ferme; d'une autre couche d'un rouge briqueté, moins résistante, et enfin d'un noyau central, gros comme une noix, composé, dans sa portion extérieure, de petits grumeaux de sang noirâtre, gros comme des grains de chenevis, entremêlés par des portions de substance médullaire plus considérables qu'eux. Tout-à-fait au centre, il renfermait des caillots de même couleur, plus gros, et séparés par de faibles cloisons médullaires.

La substance cérébrale environnante était profondément altérée dans l'épaisseur d'un demi-pouce. Immédiatement autour de la tumeur, elle formait

une sorte de bouillie puriforme, épaisse; quelques lignes au-delà, elle ressemblait à de la laite de carpe; plus en dehors encore, à du lait caillé très-ferme. Cette dernière couche se continuait par une ligne de démarcation insensible avec la portion saine du cerveau. La masse entière de l'altération s'étendait, depuis quelques lignes au-dessous de la surface extérieure de l'hémisphère, jusqu'à quelques lignes en deçà de la cavité ventriculaire (1).

Poitrine. La plèvre gauche avait près d'une demi-ligne d'épaisseur sur le poumon, autant à peu près sur les côtes, et plus de deux lignes sur le diaphragme. Partout elle était d'une dureté presque cartilagineuse. Les deux poumons étaient très-adhérens par presque toute leur surface.

Le poumon gauche contenait dans son sommet quatre ou cinq foyers de suppuration, en partie vides, qui pouvaient loger des noisettes, et, dans divers points de son parenchyme, six ou huit petits tubercules suppurés, gros comme des pois. Presque tout l'organe, excepté un peu vers sa base et son bord antérieur, était changé en une substance noirâtre, veinée, parsemée de petits tubercules qui paraissaient tous se tenir et composer une masse semblable, pour l'aspect, à un granit, dont les deux tiers auraient présenté une couleur gris blanc. De très-petites portions de tissu pulmonaire, non dégénéré, mais gorgé de liquide, et peu crépitant, formaient des espèces de bandes au milieu de cette vaste alté-

---

(1) Voyez, comme exemple de lésions fort analogues, Bouillaud, *Traité de l'Encéphalite*, *Obs.* XXXVI, p. 185, et Lallemand, *Recherch. anat. path.*, etc., lettre 5, p. 237.

ration. Le poumon droit était affecté à peu près de la même manière, et son sommet, qui était chroniquement enflammé, renfermait deux foyers de suppuration, dont l'un aurait pu loger un œuf, et l'autre une noix.

Abdomen. Tout y était dans l'état normal.

ARTICLE II.

Maladies simulant l'apoplexie par trouble survenu dans leur marche.

Une des maladies qui mérite le plus d'attirer l'attention, sous le rapport de la ressemblance très-grande qu'elle peut offrir avec l'apoplexie, est le ramollissement du cerveau. Décrit d'abord, comme affectant une marche chronique, par Bayle et M. Cayol, qui l'avaient principalement observé à la suite de lésions organiques de l'encéphale (1), il n'est, dans aucun cas analogue, susceptible d'en imposer pour une apoplexie; mais quand il se montre comme maladie primitive, sa marche est ordinairement rapide, et quelquefois alors il simule l'hémorrhagie encéphalique de la manière la plus complète.

A l'état aigu, le ramollissement a été étudié dans ces derniers avec le plus grand fruit par MM. Lallemand et Rostan, et c'est tout au plus si l'appréciation de ses symptômes reste l'objet de quelque dissidence d'opinion. M. Lallemand a, en outre, décrit avec beaucoup de soin, les aspects nombreux et variés sous lesquels il peut se présenter pendant tout

---

(1) *Dict. des Sc. médic.*, article CANCER.

le temps de sa durée. Cependant même à cet égard, et surtout pour ce qui regarde sa nature, le ramollissement de l'encéphale a donné lieu à des contestations que je dois chercher à faire connaître et à juger, s'il est possible. Dans cette intention, je commence par rapporter l'histoire d'une plaie de tête qui, ayant mis une portion du cerveau à découvert, m'a permis d'observer dans toutes ses phases la phlegmasie de cet organe.

SOIXANTE-TREIZIÈME OBSERVATION.

Ramollissement d'une petite portion de cerveau par suite d'une plaie de tête.

Mademoiselle de F..., âgée de neuf ans et demi, d'un tempérament sanguin-nerveux, avec quelque peu de lymphatique, d'un esprit précoce, jouissant habituellement d'une bonne santé, habitait depuis plusieurs mois la Maison royale de Saint-Denis, où elle était toujours une des premières de sa classe, et n'avait, pendant tout ce temps, éprouvé d'autre influence du séjour dans cet établissement, qu'une diminution notable dans la fraîcheur et la vivacité des couleurs de son teint. Le 10 janvier 1827, elle reçut un coup sur le pariétal gauche près de son angle interne et antérieur. Il s'ensuivit un abcès du volume d'un gros œuf, qui fut ouvert au bout de quinze jours après l'accident. Peu de jours ensuite, il fut aisé de s'assurer que l'os était dénudé dans la portion qui répondait au fond de l'abcès. Peu à peu la pièce d'os mise à nu se sépare par une circonscription de carie, et il fut facile de l'enlever, le 4 août 1828, avec des pinces à pansement. Elle avait environ cinq lignes de diamètre en tous sens, et comprenait les deux

tables. En même temps, M. Roux, qui avait fait l'opération, s'assura que la dure-mère, répondant à la pièce d'os enlevée, était détruite. Le 7, je vis la jeune malade comme de coutume, et je remarquai que la substance cérébrale, passant par l'ouverture du crâne, s'élevait jusqu'au niveau des tégumens. Elle était, dans toute sa surface, d'un gris blanc uniforme, absolument semblable, pour l'aspect, à ces portions de lymphe coagulée qu'on voit à la surface de certains vésicatoires. La santé de Mlle de F... ne semblait ce jour-là dérangée en rien; seulement le péricrâne était un peu sensible aux environs de la plaie.

Le 9, après un mouvement fébrile qui avait commencé dès le matin, il se manifesta dans la soirée une violente douleur bientôt suivie d'assoupissement profond, avec chaleur brûlante à la peau. A onze heures du soir, ces deux symptômes n'avaient rien perdu de leur intensité : le pouls était dur et très-fréquent, cent quarante. Dans la nuit, il survient des vomissemens de matières bilieuses, après lesquels l'assoupissement disparaît en très-grande partie. Le 11, un érysipèle se montre sur le front. Il s'étend bientôt à la face, puis le long du cou, en arrière et en avant, sur la poitrine, les épaules, les bras et dans le dos; parcourt une partie de l'abdomen, s'arrête sur les hanches et sur les avant-bras, et n'est terminé que le 29. Durant tout ce temps, où l'on mit en usage la saignée générale, une diète sévère, les boissons délayantes, et autres moyens analogues, la portion de cerveau mise à nu éprouva les changemens suivans :

Du 8 au 11, elle prit une couleur gris-cendré. En passant dessus de la charpie, on l'enlevait par petits fragmens, dont quelques-uns contenaient des petits points de sang gros comme le quart d'une tête

d'épingle. Vers le 20, tout ce qui s'était engagé par l'ouverture de l'os, s'était ainsi détaché. On voyait alors chaque battement artériel soulever le fond de la plaie, qui était couleur jaune serin, et fournissait un pus de bonne qualité. Vers le 27, ce fond rougit manifestement, et présente bientôt l'aspect d'une membrane muqueuse, recouverte d'un enduit un peu visqueux. Dès cet instant, les battemens sont de moins en moins apparens, la circonférence des tégumens semble s'avancer pour recouvrir le fond de la plaie. Cependant la cicatrisation marche avec une extrême lenteur. Vers le milieu d'octobre, la plaie avait à peine diminué de moitié, et l'on vit sortir quelques petits fragmens d'os, comme de la sciure de bois. Après cet accident, la marche vers la guérison reprit ses progrès, mais toujours avec beaucoup de lenteur, de telle sorte, que Mlle de F.... ne fut complétement guérie que vers le printemps de 1829.

Remarques. Suivant MM. Lallemand et Bouillaud (1), le ramollissement du cerveau commence, comme le phlegmon, par une injection rouge, et il ne prend la couleur gris jaunâtre, que parvenu à la seconde période de sa durée. L'observation ci-dessus nous montre les choses sous un tout autre aspect. En effet, nous y voyons une portion de cerveau mise à nu, garder pendant cinq ou six jours une couleur blanc de crême, passer ensuite au gris jaunâtre, se détacher alors par fragmens mêlés de pus dont quelques-uns contiennent de petits points de sang extravasé, et présenter après cela un fond jaune gris, qui se recouvre enfin d'une couche de bourgeons char-

(1) *Recherches anatomico-pathologiques*, etc.; lettre 1re, p. 8 et suiv. — *Traité de l'Encéphalite*, p. 229 et suiv.

nus. De fortes raisons portent à croire que telle est la marche ordinaire du ramollissement inflammatoire (1). Voici des considérations propres à le prouver.

Quoique recevant une énorme quantité de sang (2), le cerveau n'en conserve pas un seul atome combiné avec son tissu; le courant non interrompu qui arrose chaque molécule de sa masse, paraît uniquement destiné à faire naître le phénomène comme électrique de l'innervation. Cet organe contient d'ailleurs si peu de

---

(1) Mon ami le docteur Paulin a eu occasion de disséquer le cerveau d'un suicidé, mort soixante-douze heures après s'être tiré deux coups de pistolet, dont l'un avait seulement enfoncé la portion gauche du front. Le lobe antérieur de ce côté présentait une surface d'environ deux pouces d'un gris jaune, et ramollie dans l'épaisseur de quelques lignes. L'hémisphère droit, qui avait été traversé suivant sa longueur par une balle, montrait dans tout le trajet intérieur du projectile, une teinte grisâtre, parsemée d'un nombre infini de petits grumeaux de sang noirâtre, et lui donnant un aspect gangréneux. Cette altération avait, comme la contusion du lobe gauche, quelques lignes de profondeur. Evidemment les lésions qui viennent d'être décrites étaient de nature inflammatoire, et cependant nous n'y voyons pas plus de rougeur que dans le cas de mademoiselle de F***, ou dans l'observation de plaie de tête recueillie par M. Gaube (*a*). Ce n'est pas tout : tandis que la couleur rouge reste étrangère aux phlegmasies de l'encéphale, on la retrouve dans des affections d'un caractère tout autre : telle est la fièvre entéro-mésentérique, laquelle, au rapport de M. Louis, montre si souvent la substance corticale d'un rouge uniforme très-prononcé (*b*).

(2) Non-seulement une grande quantité de sang traverse l'encéphale, mais encore sa circulation s'y fait d'une manière sinon constamment égale, au moins beaucoup plus uniforme que dans tout autre organe. Ce point important de physiologie a été mis hors de doute par les intéressantes expériences faites par Monro et Kellie sur des moutons, et par leurs observations sur des cadavres de pendus (*c*).

(*a*) *Lancette française*, 9 mars 1833, p. 119.

(*b*) *Recherches sur la gastro-entérite*, tom. 1, p. 386.

(*c*) Voy. Harwood, *Diss. méd. inauguralis*, etc., Edimburgi, 1828, p. 15 et suiv.

tissu cellulaire, que plusieurs anatomistes l'en ont déclaré entièrement dépourvu. Ainsi il lui manque les deux conditions de texture sans lesquelles la rougeur inflammatoire peut difficilement se produire.

Les inductions auxquelles l'anatomie pourrait nous conduire presque seule, sont pleinement confirmées par l'observation pathologique, qui ne montre la rougeur du tissu nerveux de l'encéphale que dans deux cas: 1° lorsqu'il est le siége d'hémorrhagies spontanées; 2° quand il a éprouvé quelque contusion.

Au premier cas se rapportent les larges déchirures de l'apoplexie, dans lesquelles nous voyons les parois des cavernes où le sang est contenu, présenter un rouge vif, uniforme, dans l'épaisseur d'une ligne et demie, et quelquefois en dehors de cette première couche, une autre couche ponctuée de grains de sang, entremêlés par masses à peu près égales avec la substance cérébrale, jaune et ramollie. Cette dernière disposition se retrouve avec tous ses caractères dans les observations d'hémorrhagies compliquées de ramollissement inflammatoire, rapportées dans l'article précédent (1). Dans tous ces cas, il est facile de reconnaître l'imbibition ou l'extravasation (2) qui, plus tard, et lorsque les parties les plus ténues du sang ont été résorbées, se décèlent encore par la densité très-grande et la couleur particulière des parois des anciens foyers hémorrhagiques (3), ou par d'autres lésions dont l'origine n'est pas plus difficile à constater (4).

---

(1) Voy. *Obs.* LXIX et LXXII, p. 287 et 303.

(2) M. Lallemand (5e lettre, p. 389) admet une induration rouge qui participe de l'hémorrhagie et de l'inflammation : c'est vraiment là de l'imbibition.

(3) Voy. CHAP. Ier, art. 4, *Lésions constantes*, p. 144 et suiv.

(4) Voy. *Obs.* XLIV, p. 190.

Lorsqu'il y a eu contusion, le sang est extravasé par petites parcelles, et d'une manière uniforme. Il ne fait jamais caillot, si ce n'est à la suite d'un choc très-violent, et on le trouve infiltré à peu près comme il le serait dans une partie atteinte d'inflammation; mais la connaissance des antécédens apprend à rapporter le phénomène à sa véritable cause.

Une lecture attentive des observations destinées à prouver l'existence de la rougeur dans la première période du ramollissement, m'a montré que cette disposition prétendue inflammatoire devait toujours être attribuée à une des deux causes ci-dessus mentionnées. On ne trouve vraiment de rougeur produite, en tout ou en partie, par l'inflammation, qu'à l'intérieur des foyers apoplectiques de cicatrisation, ou des kystes de certains abcès creusés dans l'épaisseur de la substance cérébrale. Un tissu de nouvelle formation, ressemblant quelquefois alors à une membrane muqueuse, atteste la réalité d'un travail inflammatoire dont il est le produit. La maladie de Lechantre en est un exemple remarquable (1). Il serait facile d'en citer un grand nombre d'analogues, parmi lesquels on pourrait peut-être même aussi comprendre une observation de M. Avisart, produite par M. Lallemand (2), à l'appui de l'hypothèse que je cherche à combattre.

L'absence de rougeur au début du ramollissement ne doit pas nous empêcher de reconnaître sa nature inflammatoire (3). Elle est trop bien démontrée par la

---

(1) Voy. *Obs.* LXXI, p. 301.

(2) *Recherches anat. pathol. sur l'encép.*, etc., lettre 2, p. 114.

(3) Le ramollissement de la face inférieure du corps calleux,

perte de cohésion du tissu cérébral (1), par la sécrétion du pus, son rassemblement en foyers disséminés, la formation d'abcès circonscrits, et une foule de circonstances dont M. Lallemand a su apprécier la valeur avec une rare sagacité (2). Ni la gravité du mal, ni sa fréquence chez les sujets avancés en âge, ne sauraient dès lors nous engager à le rapprocher de la gangrène, comme l'ont fait M. Rostan et Abercrombie (3), car la gravité d'une maladie, et l'âge des sujets qu'elle affecte, ne changent rien à sa nature. La péripneumonie, par exemple, pour être plus dangereuse chez le vieillard, est aussi bien une phlegmasie que chez l'enfant et chez l'adulte. D'ailleurs, la gangrène a des caractères anatomiques entièrement étrangers au ramollissement du cer-

---

celui de la voûte à trois piliers, de la surface des corps striés et des couches optiques que l'on rencontre si fréquemment dans l'hydrocéphale aiguë interne, n'est jamais précédé de rougeur; ce qui a porté M. Cruveilhier à le considérer comme n'étant pas de nature inflammatoire (*a*). Cette manière de voir pourrait bien faire question. J'en prendrai, quoi qu'il en soit, occasion de faire remarquer que le cas de rougeur considérable du corps calleux, observé par M. Récamier, et donné par M. Gendrin comme un exemple d'inflammation aiguë du tissu nerveux encéphalique (*b*) avec vive rougeur et induration, pourrait bien n'être qu'une infiltration de sang dans ce tissu.

(1) Le tissu cellulaire enflammé..... se rompt avec une grande facilité (*c*).

(2) *Recherches anatomico-patholog.*, etc., lettre 1re, p. 81 et suiv.

(3) *Recherches sur le ramollis.*, etc., deuxième édition, p. 169. — *Anatomical and pathological*, etc., p. 25 et 106.

(*a*) *Médecine pratique éclairée par l'anatomie, etc.*, p. 18 et 112.

(*b*) *Hist. anat. des infl.*, t. II, p. 137.

(*c*) Bichat, *Anatomie générale*, t. 1er, p. 79.

veau; l'odeur gangréneuse entre autres (1), qui se retrouve de la manière la plus évidente dans les cas assez rares de gangrène du tissu cérébral (2). Nous croyons donc pouvoir admettre, comme conséquence nécessaire de la discussion qui vient d'avoir lieu, l'absence de rougeur à toutes les périodes du ramollissement du cerveau, nonobstant sa nature inflammatoire. Voyons maintenant jusqu'à quel point il peut simuler l'apoplexie.

SOIXANTE-QUATORZIÈME OBSERVATION.

Ramollissement du corps strié droit et d'une portion considérable de l'hémisphère de ce côté, simulant l'apoplexie.

Fauché (Anne), âgée de soixante-un ans, d'Argenteuil (Yonne), jardinière, d'un tempérament bilieux-sanguin, d'un embonpoint ordinaire, était sujette, depuis cinq ou six mois, à des étourdissemens qui, quelquefois, étaient assez forts pour l'obliger de s'arrêter dans les rues, et de s'asseoir en attendant qu'ils fussent passés. Cependant ils ne lui avaient jamais fait perdre connaissance, et elle avait toujours continué ses occupations ordinaires. Le 25 novembre 1812, un étourdissement plus fort que les autres la priva de connaissance pendant un temps que je n'ai pu connaître. Revenue de cet état, elle se trouva avoir perdu la vue de l'œil droit, et con-

(1) Abercrombie, *Anatomical and pratical researches*, etc., p. 88.

(2) Magendie, *Journ. de physiol.*, janvier 1827, p. 71.

serva, à la suite de cet accident, un embarras très-grand dans la parole, qui se dissipa graduellement. Vers la fin de décembre, elle perdit de nouveau connaissance, et quand elle revint à elle, elle se sentit paralysée du côté gauche. Depuis cette époque elle avait gardé le lit, mangeant et buvant comme à son ordinaire, mais habituellement plongée dans l'assoupissement, et ne montrant pas beaucoup de suite dans ses idées (1). Quoiqu'elle n'éprouvât pas d'accident remarquable, cependant elle s'affaiblissait chaque jour. Voici dans quel état elle entra à la maison de Santé le 11 janvier 1813 : Pouls peu fréquent, nulle douleur, appétit, ventre assez libre, tendance à l'assoupissement, hémiplégie du côté gauche, réponses lentes et peu suivies. (*Jul. éther.; orang.; vésicat. nuq.*)

Le 12, rien de remarquable. (*Même prescript.*) Le 13, elle se plaint d'être fort altérée; pas de selle; pouls, cent. (*Tart. stib. gr.* iv *; orang.*) Plusieurs selles dans la journée.

Le 14, assoupissement plus fort qu'à l'ordinaire, diminution des forces; assez bon appétit (*Jul. éther.; orang.; vésicat. jamb.*)

Les 15 et 16, les forces baissent; perte de l'appétit. (*Même prescrip.*)

Le 17, mort, après une agonie courte et paisible.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Rien de remarquable.

---

(1) Comme ces détails historiques m'ont été transmis par la malade elle-même, à une époque où ses idées n'étaient rien-moins que suivies, je n'oserais en garantir l'exactitude.

Crâne. Le corps strié droit présentait dans ses deux tiers antérieurs une espèce d'érosion, d'un pouce environ de surface, d'une demi-ligne de profondeur qui, depuis sa partie interne, s'étendait jusqu'au lieu de sa réunion avec le corps calleux. Toute sa masse, excepté dans une ligne ou deux d'épaisseur, du côté du ventricule, était molle, grisâtre, avait entièrement perdu sa disposition en stries et s'enlevait en ratissant avec le manche du scalpel, comme une espèce de pulpe. Tout autour de cette désorganisation, dans une étendue de cinq ou six lignes, la portion de l'hémisphère continue était légèrement jaune, au moins aussi molle, et ne ressemblait plus à la substance médullaire dans son état d'intégrité. Le reste de la masse encéphalique était parfaitement sain et d'une assez grande fermeté. Je n'ai pu trouver, ni dans les nerfs optiques, ni dans leurs couches, rien qui expliquât la cécité de l'œil droit. Les ventricules latéraux contenaient un peu de sérosité. Rien n'indiquait qu'il y eût eu un épanchement de sang dans l'une ou l'autre de ces cavités.

Poitrine et abdomen. Les organes de ces cavités n'offraient aucune altération.

SOIXANTE-QUINZIÈME OBSERVATION.

Ramollissement de la partie antérieure de l'hémisphère droit.

Baillet (Rodogune), âgée de soixante-dix ans, de Beurey (Aube), sans état, d'un tempérament sanguin, d'une bonne et forte constitution, grasse, plé-

thorique, ayant le cou court, avait joui toute sa vie d'une bonne santé. Pendant l'hiver de 1812, elle fut prise d'une vive douleur de hanche qui dura près de six semaines. Peu après elle commença à éprouver un sentiment de pesanteur et d'engourdissement dans les membres gauches; mais comme du reste sa santé n'était pas dérangée, elle ne tenait aucun compte de cet accident. Vers le 28 avril 1813, elle eut pendant un jour des vomissemens bilieux spontanés, à la suite desquels elle parut être dans son état ordinaire. Le 3 mai, en sortant de déjeuner avec appétit, elle tomba tout à coup sans connaissance : immobilité de tous les membres, rougeur de la face. (*Tart. stib.; vésic. jamb.*) L'émétique ne produit aucun effet, et la connaissance ne revient pas.

Le 4, on la transporte à la maison de Santé dans l'état suivant : coma profond, visage rouge-violet, vultueux; respiration assez libre, immobilité de tous les membres, ventre resserré. (*Huit sang. temp.; orang.*)

Le 5, absolument même état, déglutition très-difficile; pouls, cent quarante-quatre. Pas de selle. (*Même prescrip.*) Le soir, la respiration devient râlante. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Embonpoint considérable. Saillie très-volumineuse de la région ombilicale, produite par une ancienne éventration.

Crâne. La dure-mère était très-adhérente et contenait une très-grande quantité de sang, dans ses vaisseaux. Il en était de même pour ceux de l'extérieur du cerveau.

Toute la partie antérieure de l'hémisphère droit, les trois quarts environ du corps strié de ce côté, et une portion du corps calleux, en dehors, étaient ramollis et réduits en une espèce de bouillie pultacée, qui semblait formée par une trituration de la substance cérébrale avec du pus, et qui se laissait facilement entraîner par un courant d'eau, de manière à laisser une sorte de grande caverne, bornée en dedans par le ventricule, avec lequel elle ne communiquait pas, en avant et en dehors, par une très-légère couche de substance corticale retenue par l'arachnoïde et la pie-mère. Le reste du cerveau, de même que le cervelet était très-sain et ferme. Les ventricules contenaient au plus deux gros de sérosité.

Les organes de la poitrine et ceux de l'abdomen, abstraction faite du déplacement herniaire, étaient dans la plus parfaite intégrité.

Remarques. Les deux observations précédentes ont présenté dans leurs symptômes, une ressemblance à peu près complète avec l'apoplexie. Si pour l'expliquer, on disait qu'il y a vraiment eu hémorrhagie chez Fauché (observation LXXIV), ce que l'érosion du corps strié pourrait peut-être servir à soutenir, il n'en faudrait pas moins convenir que chez Baillet (observation LXXV), un ramollissement de l'hémisphère droit du cerveau a eu toute l'apparence d'une hémorrhagie cérébrale. Il est bien vrai que dans ces deux cas, les symptômes précurseurs se sont mon-

trés avec une intensité et une persistance capables, si non de faire reconnaître la véritable nature du mal, au moins d'inspirer un doute fondé à cet égard. Mais il est une foule de circonstances où leur étude la plus attentive ne donne même pas ce résultat. L'exemple suivant, emprunté à Ward, en est la preuve.

SOIXANTE-SEIZIÈME OBSERVATION.

Ramollissement de l'hémisphère gauche du cerveau, simulant l'apoplexie (1).

« Georges Franklin, âgé de 42 ans, commença le 14 mai 1824 à recevoir les secours de l'art; et voici les détails que l'on recueillit sur sa maladie. Pendant qu'il était à se promener, il fut subitement frappé de paralysie du côté gauche, accompagnée, par intervalles, de tremblemens. Il n'avait éprouvé avant cette attaque aucun des symptômes précurseurs de cette maladie, ni maux de tête, ni vertiges. Au moment de l'invasion, il avait perdu l'usage de la parole et de la vue du côté gauche, ainsi que l'ouïe du même côté; mais ces fonctions se rétablirent au bout de deux jours.

» Les symptômes actuels sont un engourdissement considérable, avec sensation de froid dans le bras et la jambe du côté gauche, qui sont dans un état com-

(1) *Nouv. Bib. méd.*, novembre 1824, p. 363, d'après le *Magasin médical de Londres.*

plet de paralysie, des tremblemens moins forts; le ventre est libre, le pouls à 88 pulsations. Il y a eu la nuit dernière, pour la première fois depuis qu'il est malade, une transpiration abondante, qui a été suivie d'une légère amélioration dans le côté paralysé. On lui prescrivit un traitement purgatif et un bain chaud le soir, tous les deux jours.

» Le 19 mai, le malade paraît un peu mieux. Pendant le temps qu'il est resté dans son bain chaud, il pouvait se servir librement de son bras gauche et de sa jambe; en sortant du bain il fit, sans aucun aide, vingt à vingt-cinq pas : l'appétit est bon, le ventre libre.

» Le 26, l'amélioration dans l'extrémité supérieure est si considérable qu'il marche sans difficulté; l'état du bras paraît à peu près stationnaire. Il se plaint de douleur dans l'épaule; les doigts sont un peu raides et contractés. Il continue à pouvoir mieux remuer le bras pendant le bain qu'en tout autre temps.

» Le 28, il fut saisi d'une douleur de l'estomac, qui affecta en même temps la respiration. On discontinua l'usage des purgatifs, à cause de la fréquence des déjections alvines; on ordonna un vésicatoire à l'épigastre, et la mixture avec le carbonate de chaux.

» Le 2 juin, la douleur de l'épaule gauche est augmentée; pendant qu'il est dans le bain, il jouit complétement de l'usage de ses deux bras; mais la faculté de pouvoir remuer le bras gauche ne continue guère qu'une demi-heure après en être sorti. Sous d'autres rapports il est mieux.

» Le 12. La nuit dernière il a éprouvé dans le bras paralysé une forte sensation de chaleur qui a duré plusieurs heures; pendant ce temps, il le remuait avec beaucoup de facilité. Le bain produit toujours

un mieux-être sensible ; il a eu une transpiration assez abondante, le sommeil est troublé; le ventre est libre. (*Un grain de nitrate d'argent* trois fois le jour.)

» Le 30, il n'a pas cessé jusqu'à ce jour de faire usage du bain chaud, qui l'a constamment soulagé pendant le temps qu'il y restait, en lui donnant à peu près autant de force dans le bras gauche que dans le bras droit. Il a observé depuis peu de temps que la paralysie est moins marquée lorsqu'il se réveille le matin, et pendant deux heures après son réveil; les muscles du bras sont douloureux et sensibles au toucher. Sous d'autres rapports son état est le même.

» Le 7 juillet, il se plaint beaucoup de vertiges; quand il essaye de se mettre sur son séant il éprouve une vive douleur dans l'épaule gauche. Il n'y a eu que peu de sommeil dans les deux ou trois dernières nuits. (*Une saignée de* 16 *onces, calomel et jalap* le matin, de deux jours l'un.)

» Le 30, depuis le dernier bulletin il est tombé par degrés dans un état fébrile, sans offrir d'autres symptômes remarquables, si ce n'est un affaissement toujours croissant. Mort dans la journée.

» A l'ouverture du cadavre, on trouva sur l'hémisphère droit du cerveau la membrane arachnoïde opaque; les capillaires artériels étaient injectés et les veines gorgées de sang. La base de l'hémisphère droit était complétement désorganisée, et présentait dans une grande étendue une apparence pulpeuse. L'hémisphère gauche était à peu près dans l'état naturel; les ventricules contenaient environ une once de liquide séreux. »

Remarques. L'affection qui vient d'être décrite a marché absolument comme l'apoplexie. Son invasion

brusque et instantanée, sa longue durée et surtout la rémission, ou au moins l'état stationnaire des symptômes pendant un temps assez long, seraient même propres à faire croire à l'existence d'une hémorrhagie dont les traces n'auraient pas été aperçues. Mais si cette opinion emprunte quelques probabilités de la brièveté avec laquelle les lésions du cerveau ont été décrites, elle n'est plus soutenable quand on songe au tremblement, à l'engourdissement, ou mieux à la contraction des membres, qui, s'étant manifestée au commencement de l'attaque, annonçait que dès-lors il y avait ramollissement. Tout le monde, en effet, reconnaît à présent la valeur séméïologique de ce symptôme, au moyen duquel M. Lallemand a interprété de la manière la plus satisfaisante (1) le passage jusque-là si inutilement commenté, où Hippocrate parle de l'alliance de la paralysie avec les convulsions (2). Je ne balance par conséquent en aucune façon, à considérer la maladie décrite par Ward comme un ramollissement du cerveau simulant l'apoplexie.

SOIXANTE-DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

Ramollissement du cerveau, simulant l'apoplexie (3).

« Tellier (Marguerite), âgée de 69 ans, entrée à l'infirmerie le 21 mai 1821 pour une affection catar-

---

(1) *Rech. anatomico-pathol. sur l'enceph.*, etc., lettre 2, p. 266.

(2) Manus dextra non *sine convulsione* elanguit, quale quid in partium resolutionibus, levibusque siderationibus contingere solet (*a*).

(3) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, première édition, p. 49 et suiv.

(*a*) *De morb. vulgaribus*, lib. 1, æger 13, p. 990, *edente Foesio*.

rhale légère, perdit subitement connaissance le 12 juin, vers onze heures du matin; on observait une demi-heure après l'accident:

» Perte complète de connaissance, abolition de la motilité et de la sensibilité sur tout le côté gauche, pâleur de la face, légère déviation de la bouche à droite, contraction des pupilles. Respiration fréquente, difficile; pouls dur, fréquent, assez régulier. (12 *sang. col.*; *lav. purg.*; *tis. laxat.*)

» Pendant dix jours, mêmes symptômes.

» Le 13 juin, on réapplique les sangsues; on continue les lavemens purgatifs et la tisane laxative.

» Les jours suivans, on met un vésicatoire à la nuque et des sinapismes aux pieds.

» Le 23 juin, le pouls a diminué de force et de fréquence; la respiration est revenue à son rhythme naturel. La paralysie des membres du côté gauche est complète; insensibilité de la peau de tout le côté gauche. La langue s'incline à droite. Les pupilles sont resserrées. Les facultés intellectuelles paraissent de jour en jour revenir à leur état naturel. La malade reconnaît les personnes qui l'entourent; elle paraît comprendre les questions qu'on lui adresse; elle y répond même deux ou trois mots raisonnables; mais la suite de ses réponses est inintelligible. La malade ne rend ses excrémens que lorsqu'on la place sur le bassin. Elle a une légère excoriation aux tégumens du coccyx.

» Le 27 juin, langue sèche et noirâtre; ventre resserré. (*Pil. kk. et rhub.*)

» Le 8 juillet, langue très-noire et très-sèche; dilatation de la pupille gauche; dévoiement qui dure depuis cinq à six jours.

» Les jours suivans, affaiblissement progressif; fa-

cilité moindre à articuler quelques paroles. Etat fuligineux de la bouche et de la langue. Persistance du dévoiement; pouls petit, misérable. La respiration n'est pas lésée d'une manière notable.

» La malade meurt le 18 à minuit.

» *Ouverture du cadavre.*

» *Habitude extérieure.* Etat général d'émaciation. La peau est jaune et terne. La pupille gauche est dilatée. Tout l'intérieur de la bouche est recouvert d'une couche fuligineuse.

» *Crâne.* Les membranes du cerveau étaient très-pâles. Cet organe, examiné avec soin, présente un ramollissement de tout le lobe moyen de l'hémisphère droit. Ce ramollissement semblait formé d'une pulpe, d'autant moins consistante qu'on approchait plus du centre, de sorte qu'on eût pu la regarder comme un épanchement pulpeux, si les parois eussent été elles-mêmes plus solides. Ce ramollissement était limité en dedans par la paroi du ventricule droit, non altérée; en dehors, les circonvolutions cérébrales étaient affaissées, diffluentes, pour ainsi dire, parce que le ramollissement s'étendait jusqu'à la substance corticale. Les ventricules contenaient fort peu de sérosité; celle qui existait dans le ventricule droit était trouble et légèrement floconneuse. Le reste du cerveau était sain, quoique très-mou.

» *Poitrine.* Adhérences pulmonaires du côté droit. Dans le lobe moyen du poumon droit, on trouve un tubercule enkysté, de la grosseur d'une petite noix. La partie supérieure et le bord postérieur du même poumon présentaient une altération particulière. Le poumon gauche, engoué à sa partie postérieure con-

tenait quelques tubercules vers la racine. Le cœur, très-petit, était pâle et facile à déchirer.

» *Abdomen*. Le foie était jaune et mollasse. La vésicule était très-distendue par la bile. Les autres organes abdominaux furent trouvés sains. »

Remarque. C'est au caractère des prodromes, à la marche progressivement croissante des symptômes cérébraux (1), et surtout à la manifestation de mouvemens convulsifs, bientôt suivis de contracture et de paralysie, que l'on reconnaît le ramollissement de l'encéphale. Pourtant on peut aussi le voir ne présenter que quelques-uns ou même aucun de ces phénomènes, et se manifester brusquement par la perte de connaissance accompagnée de paralysie complète: de là sa ressemblance plus ou moins grande avec l'apoplexie. Les quatre observations précédentes, et plusieurs autres du même genre (2), ne laissent pas le moindre doute sur la réalité de cette forme du ramollissement, que je crois avoir signalée le premier, en 1814 (3).

Il mérite encore d'attirer l'attention des médecins

---

(1) Il me paraît être dans la nature du ramollissement d'aller toujours en s'aggravant, ou tout au plus de rester stationnaire, comme on le voit quelquefois dans les abcès enkystés. Par conséquent je regarde sa guérison comme à peu près impossible; et les faits de ce genre, cités par MM. Lallemand, Rostan et Lemaston (*a*), me semblent aussi contestables que le cas de guérison de méningite observé par ce dernier (*b*).

(2) Rostan, *Recherches sur le ramoll.*, etc., première édition. *Obs.* XII, p. 62, deuxième édit. *Obs.* XIX, p. 48.

(3) Il est au moins bien avéré que les premières observations

(*a*) *Recherches anat.-path. sur l'encéphale*, lettre 2, p. 88 et suiv. — *Recherches sur une maladie*, etc., 2e édit., obs. XXI, p. 176. — *Revue clinique*, etc. *Journ. hebd. de méd.*, déc. 1831, p. 429.

(*b*) *Même recueil*, p. 422.

sous plusieurs autres rapports que je ne puis me dispenser d'indiquer, même en les trouvant presque étrangers au sujet en question. Je rappellerai donc brièvement que le ramollissement de la voûte à trois piliers, du corps calleux, et des autres parties du cerveau sans communication directe avec la moelle épinière, ne s'annonce ordinairement par aucun symptôme appréciable (1), et ne produit même pas cette contracture passagère des membres, à l'observation de laquelle M. Lallemand attache, avec juste raison, une très-grande importance (2). D'un autre côté, on le voit déterminer la paralysie générale, s'il occupe la protubérance annulaire (3). Enfin, à son début, il offre avec l'arachnitis une ressemblance vraiment remarquable et assez grande (4), qui cependant me paraît avoir été exagérée par M. Bouillaud (5).

Quel que soit l'intérêt attaché à l'étude du ramollissement, considéré sous ces différens points de vue, sa ressemblance accidentelle avec l'hémorrhagie encéphalique a dû surtout fixer notre attention. Mais après avoir montré jusqu'où elle est susceptible d'aller, il nous reste encore à faire voir qu'un concours analogue de symptômes trompeurs peut se montrer dans des maladies qui n'ont aucune ressemblance de na-

---

détaillées de ramollissement susceptible de simuler l'apoplexie ont été publiées par moi, comme le reconnaît M. Dezeimeris (*a*).

(1) Lallemand, *Recherches anatomico-pathol. sur l'encép.*, lettre 2, p. 279. — Martinet, *Revue méd.*, janvier 1825, p. 75.

(2) *Recherches anatomico-pathol.*, etc., lettre 2, p. 252.

(3) Lallemand, *Op. cit.*, p. 268. — Rostan, *Recherches sur une maladie*, etc., première édit., p. 121.

(4) Lallemand, *Op. cit.*, p. 252.

(5) *Traité de l'encéphalite*, p. 268.

a) *émoire présenté au concours, etc.*, p. 62. Et *Hist. de la méd. modern. Arch. gén.*, etc. tom. xx. p. 353.

ture avec lui, et dont le siége n'est pas même dans le crâne. Le cas suivant est très-propre à donner une idée exacte de ceux que nous avons en vue.

SOIXANTE-DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

Affection de poitrine compliquée, simulant l'apoplexie.

Rathienne (Louise), âgée de quarante-sept ans, de Blaizy (Côte-d'Or), sans état, d'un tempérament bilieux-sanguin, grande, bien faite, cheveux bruns, d'un embonpoint remarquable, sujette, depuis environ deux ans, à éprouver de la toux et de l'oppression à des époques variables, surtout pendant la nuit, ne jouissait pas depuis deux ou trois mois de sa santé ordinaire, et avait un peu maigri. Elle n'avait cependant éprouvé aucun accident digne de remarque, quand, le 25 décembre 1811, elle perdit tout à coup connaissance. Cet état dura environ une heure. Après ce temps, elle revint à elle, et se trouva hémiplégique du côté gauche, montrant un peu de délire, et articulant avec peine et d'une manière presque inintelligible. Au bout d'une huitaine de jours, le délire se dissipa, et cinq ou six jours après, la malade commença à pouvoir un peu remuer la jambe gauche. (*Tart. stib.; sang. temp.; vésicat. jamb. et nuq.*)

Les jours suivans, le mieux continua à faire des progrès.

Le 18 janvier 1812, jour de son entrée à la Maison de santé, voici dans quel état elle se trouvait : faiblesse très-grande de la jambe gauche et paralysie du bras de ce côté, mais prononciation des mots facile et nette; peu de sommeil, parfois des douleurs de tête, ventre resserré, pouls peu fréquent. (*Orang.;*

poud. cath. ʒß.) Plusieurs selles dans la journée; nuit comme à l'ordinaire.

Lés 19 et 20, pas de changement. (*Jul. val. éther.; orang.; vésicat. nuq.*)

Jusqu'au 28, il n'y a rien de bien saillant. Seulement, les mouvemens de la jambe sont plus faciles. En général, peu de sommeil et souvent des douleurs vagues dans les membres paralysés : ventre peu libre. (*Jul. éther.; pil. aloét. ij.; orang.; lin. vol. camp.*)

Le 29, toux assez fréquente la nuit. (*Même prescription.*)

Le 30, toux plus fréquente, douleurs au-devant de la poitrine, très-peu de sommeil; pouls, quatre-vingt-seize; un peu de sang dans les crachats. (8 *sang.; poit.; mxt. mucil.; org.*)

Vers le 2 février, la douleur de poitrine était entièrement dissipée, mais la toux continuait toujours à être fréquente, et la malade trouvait sa jambe gauche plus faible. (*Même prescrip.*)

Le 8, la toux avait presque entièrement disparu. Cependant il y avait peu de sommeil, et la jambe ne reprenait pas sensiblement de forces. (*Jul. val. éther.; orang.; pil. aloét. ij.*)

Vers le 15, la toux revient; les nuits sont toujours agitées, et la malade éprouve alors de l'oppression : selles toujours difficiles. (*Jul. val. éther.; orang.; pil. aloét. ij.*)

Jusqu'au 27, où la toux devient beaucoup plus fréquente, et s'accompagne quelquefois de vomissemens, même prescription. Les membres restent à peu près dans le même état : au total, il y avait un peu d'affaiblissement.

Le 28, deux ou trois vomissemens par la toux, oppression assez marquée, presque constante; pouls,

quatre-vingt-quatre. (*Poud. souf. d'or.; quatre pris.; mixt. mucil.; org.*) Vive contrariété dans la soirée. Nuit agitée, anxiété, malaise, oppression.

Le 29, à dix heures du matin, perte brusque et complète de connaissance. Dans cet état, le pouls est fréquent, un peu irrégulier et faible; le visage pâle, la respiration stertoreuse, les pupilles *dilatées, lentement contractiles.* (*Jul. éther.; orang.; sinap.*)

Le 1[er] mars, pouls plus faible, respiration petite, assez calme; visage toujours pâle : nulle marque de sentiment. (*Saign.; vésicat. jamb.; tart. stib. gr. iij.; jul. val. éther.; orang.*) L'émétique ne produit aucun effet. Le soir, la respiration est stertoreuse. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Embonpoint assez remarquable.

Crâne. La dure-mère contenait une très-grande quantité de sang dans ses vaisseaux. Le corps strié droit était occupé par trois ou quatre cavernes irrégulières, dont chacune pouvait loger le bout du doigt, traversées par des portions filamenteuses, et incomplétement remplies par un liquide tirant sur le jaune d'ocre clair. L'hémisphère de ce côté, surtout à sa partie antérieure, était d'une mollesse très-grande, tandis que le reste du cerveau, de même que le cervelet, étaient d'une fermeté plus qu'ordinaire. Les ventricules étaient entièrement vides. Les vaisseaux de la propre substance du cerveau contenaient une médiocre quantité de sang.

Poitrine. Trois ou quatre onces de sérosité assez limpide dans le péricarde. L'oreillette droite, rem-

plie de beaucoup de sang, avait presque le volume du poing. Ses parois étaient épaisses de près de deux lignes, et ses colonnes charnues aussi développées que le sont ordinairement celles des ventricules. L'oreillette gauche n'offrait rien de remarquable, ainsi que les ventricules, qui contenaient des concrétions polypiformes. Une moitié de la valvule mitrale présentait un noyau cartilagineux, irrégulièrement circulaire et aplati, large de quatre à cinq lignes. L'autre portion de cette valvule était saine; mais toutes deux avaient leurs tendons raccourcis, déformés, plus durs que dans l'état ordinaire.

Les poumons étaient gorgés de sang, peu crépitans, bruns, surtout à leurs bases et à leurs bords postérieurs. Cependant ils ne présentaient aucune de leur partie réellement hépatisée. Le droit était uni à la plèvre costale par de nombreuses adhérences celluleuses, assez faciles à rompre. Le gauche présentait la même disposition à un degré moindre.

Abdomen. Le foie était volumineux, un peu dur, à cela près dans l'état ordinaire. Les autres viscères de l'abdomen n'offraient aucune altération.

Remarques. On conçoit aisément qu'une vive émotion morale qui, chez un sujet bien portant, eût tout au plus produit une congestion cérébrale passagère, a pu chez Rathienne, dont le cerveau était profondément altéré, le cœur anévrismatique, et les poumons faisaient mal leurs fonctions, amener un tel trouble dans l'économie, que la mort en soit devenue la suite inévitable. Toujours est-il que ce cas a présenté tous les symptômes d'une apoplexie forte, excepté l'immobilité des pupilles, qui ne manque peut-être jamais d'avoir lieu en pareille circonstance.

Si la conservation de leur contractilité était bien

capable d'inspirer des doutes sur l'existence d'une hémorrhagie encéphalique, une autre considération pouvait aussi les faire naître : c'est qu'il s'était à peine écoulé trois mois depuis l'époque où la malade avait été frappée d'apoplexie, et qu'il est extrêmement rare d'observer une seconde attaque à un intervalle de temps aussi rapproché de la première ; qu'en outre, il existait une affection chronique de poitrine assez grave pour faire croire à la possibilité de sa terminaison promptement funeste, avec symptômes apoplectiques.

Plusieurs maladies, fort différentes les unes des autres peuvent offrir ce mode de terminaison. Il est souvent occasionné par l'emphysème du poumon (1), par une brusque infiltration de sang dans le tissu pulmonaire (2), ou par une déchirure spontanée de ce tissu (3). M. Rostan l'a observé dans une péricardite (4); quelques-unes des morts promptes signalées par M. Louis (5), s'y rattachent aussi bien que la maladie de bas-ventre dont God. Heldius nous a donné l'histoire (6); et en admettant les anciennes définitions, il serait facile de faire de tous ces cas autant d'apoplexies (7). Mais en médecine, il ne suffit pas d'une

(1) Piedagnel, *Recherches sur l'emphys.*, pag. 12. — Ollivier (d'Anger), *Arch. gén. de méd.*, février 1833, p. 228.

(2) Ollivier, *Op. cit.*, p. 234.—Bourgoise, *Dict. de méd.* t. 18, p. 541.

(3) Corvisart, *Nouvelle méthode*, etc.; tom. 2, p. 227. — Bayle, *Revue médicale*, avril 1828.

(4) *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, 2e édition, p. 283, obs. XLIX.

(5) *Mémoires ou recherches anat.-path.*, etc., *des morts subites et tout-à-fait imprévues*.

(6) Calculi in cist. fell. reperti apoplexiæ auctores. *Sepulcretum*, Boneti, sect. II, *de apoplexiâ*, obs. LVIII.

(7) Cette réflexion est applicable à presque toutes les observations d'épanchement de sérosité dans les ventricules, décorées du

ressemblance fortuite de symptômes, il faut encore la même nature de lésions organiques pour constituer l'identité des maladies. De nos jours, chacun en convient, et personne ne songerait à donner le nom d'apoplexie aux cas en question. D'ailleurs, on trouve presque toujours d'assez notables différences entre leurs symptômes et ceux de cette maladie, quand on les compare attentivement les uns avec les autres. Cependant, comme on a des raisons qui portent à croire à l'existence d'une hémorrhagie cérébrale, en même temps que l'on manque de quelques-unes des données nécessaires pour en préciser l'existence, le diagnostic doit nécessairement rester incertain.

ARTICLE TROISIÈME.

Hémorrhagies sans altération de la pulpe cérébrale, simulant l'apoplexie.

A en juger *à priori*, il semble que quand une hémorrhagie s'opère à l'intérieur du crâne, elle doit toujours produire à peu près les mêmes accidens, soit que le sang s'échappe par une déchirure du tissu même de l'encéphale, ou bien qu'il soit simplement fourni par des vaisseaux dilatés ou rompus, la substance nerveuse restant intacte. Cependant, même en admettant la ressemblance de ces deux ordres de lésions, sous le rapport des symptômes, on n'en doit pas moins les distinguer l'une de l'autre en anatomie

---

nom d'apoplexie : par exemple, la fameuse observation de J. Conrad Brunner, *de apoplexiâ fortissimâ ex hydrope cerebri, cum ejusdem anatome* (*a*).

(*a*) Wepfer, *Historiæ apoplecticorum* 346.

pathologique, car ce n'est pas chose indifférente qu'il y ait affection du tissu d'un organe comme l'encéphale, ou seulement affection de ses vaisseaux. De plus, il est à présumer que si l'on rassemblait un assez grand nombre d'observations appartenant à ces deux ordres de cas, on trouverait des différences notables entre les symptômes des unes et des autres prises en masse, bien que, sans doute, le résultat fût opposé pour plusieurs d'entre elles en particulier. A tous ces égards, nous ne pouvons passer sous silence les hémorrhagies sans altération du tissu nerveux cérébro-spinal.

Quoique ayant l'intention de réserver les détails circonstanciés pour celles de ces hémorrhagies qui viennent de cause interne, je ne puis rappeler qu'on en voit quelquefois de toutes semblables arriver par des violences extérieures, sans être conduit à leur accorder quelque attention. J'en prendrai occasion de dire que les plaies de tête amènent, dans certains cas, des phénomènes analogues, sous plus d'un rapport, à ceux de l'apoplexie. Forestus, Wepfer, Morgagni, etc., ont établi ce fait sur un assez grand nombre d'exemples (1), et il est assez généralement connu, pour que toute discussion à son égard me semble superflue. Il se trouvera, d'ailleurs, suffisamment éclairci par les réflexions que je vais présenter sur les plaies de tête, considérées comme maladies aiguës.

Soit que la cause vulnérante porte son action sur l'encéphale ou sur ses enveloppes, elle détermine, dans l'un comme dans l'autre cas, une affection ordi-

---

(1) *Opera omnia, de apoplexiâ*, obs. LXXIX, etc. — *Historia apoplecticorum*, p. 181 et p. 527 et suiv. — *De sed. et caus.*, *etc.*, epist. LI, nos 4, 46 et seq. — Nic. Tulpius, lib. prim., obs. II et III.

nairement de nature inflammatoire, accompagnée de tous les symptômes généraux propres aux phlegmasies. En outre, il est assez fréquent de voir la contusion qui a produit l'inflammation d'une portion de l'encéphale, y occasionner en même temps une infiltration de sang, ou, ce qui est plus ordinaire, la formation de caillots toujours alors assez petits; circonstances où nous trouvons une preuve irrécusable de la difficulté avec laquelle les déchirures d'une certaine étendue s'opèrent dans le tissu cérébral à l'état sain. Cet accident, au reste, n'influe pas beaucoup sur la marche du mal, qui ne se dérange pas sensiblement de son cours habituel, et s'accompagne de paralysie (1) par les mêmes causes que l'apoplexie (2). Les choses se passent d'une manière assez différente quand la cause morbifique a surtout agi sur les méninges. Dans ces cas, il survient une fièvre assez intense, du délire, plusieurs autres symptômes ataxiques, et rarement de la paralysie, à moins que l'inflammation ne produise une sécrétion de pus assez abondante à l'intérieur de l'arachnoïde pour comprimer fortement un des hémisphères. Tel est bien réellement

(1) M. Bonamy vient d'observer un cas de plaie de tête avec lésion assez grave de la base du cerveau, dans lequel il n'y a pas eu de paralysie; mais l'explication s'en trouve dans quelques conditions de la blessure bien indiquées par l'auteur. (*Lancette française*, octobre 1832, p. 402.)

(2) Autrefois on expliquait la production de tous les accidens que peuvent amener les plaies de tête, soit par la commotion ou la compression du cerveau, soit par la réunion de ces deux états morbides. Une meilleure étude des maladies de l'encéphale montre que cette distinction scolastique n'est plus au niveau de la science; mais, voulût-on la conserver encore, on aurait toujours occasion de se convaincre, en étudiant les symptômes des plaies de tête, avec affection de l'encéphale, que, contrairement à l'opinion de

alors le lieu où se trouve le liquide, quoique, dans une foule d'autres circonstances, il soit infiltré entre cette membrane et la pie-mère, comme l'a bien vu M. Magendie (1). Mais, dans les cas dont nous parlons, il occupe évidemment la cavité arachnoïdienne, ainsi que l'ont observé Morgagni, MM. Biett, Parent-Duchâtelet, Raymond, etc. (2), et que j'ai eu occasion de le vérifier sur le cadavre d'un cocher mort en 1811 à la Maison de santé du faubourg Saint-Martin, par suite d'une fracture de la voûte du crâne (3). L'abcès accompagné de paralysie, guéri par M. Roux, au moyen du trépan, s'était aussi, sans aucun doute, formé dans la cavité de l'arachnoïde (4).

D'autres fois, au lieu de ces diverses phlegmasies, les coups à la tête produisent, pour accident prin-

---

M. Cruveilhier (a), elles marchent d'une manière assez différente de l'apoplexie. Entre autres preuves, je citerai le cas récemment publié par M. Roux, d'un abcès dans le cerveau, suite d'une chute sur la tête (b), et quelques autres faits du même genre (c).

(1) *Journal de physiol. expér.*

(2) *De sed. et caus. morb.*, epist. LI, art. 15, 17, etc.; epist. LII, art. 6.—*Quelques observations sur la frénésie aiguë; Diss. inaug.*, juillet 1814, obs. v, p. 18. — *Recherches sur l'inflamm. de l'arachnoïde*, p. 323. — *Propos. d'anat. pathol.; Diss. inaug.*, juillet 1829, n° 128, p. 10.

(3) Voy. un cas analogue, *Arch. gén. de méd.*, janvier 1831, p. 100.

(4) *Bibl. méd.*, avril 1821, p. 392.

(a) *Dict. de méd. prat.*, t. III, p. 208.

(b) *Lancette française*, t. III, n° 53, p. 210.

(c) Langlet, Obs. sur un corps étranger qui a séjourné pendant plus de dix-huit mois dans le cerveau. *Bul. de la Fac. de méd.*, 1812, p. 233.— Oreillard, Ramollissement des lobes antérieurs du cerveau, suite d'une chute sur le front. *Diss. inaug.*, an 1831, n° 15, p. 21; et *Arch. gén. de méd.*, octobre 1831, p. 250. — Nonat, cas analogue, *Lancette française*, 20 décembre 1831.

cipal, une hémorrhagie qui tantôt est due à la rupture de quelques vaisseaux d'un certain calibre, et tantôt provient d'une exhalation opérée par les capillaires. D'une façon comme de l'autre, l'intensité des symptômes est proportionnée à la quantité de l'épanchement, qui peut être assez abondant pour amener la mort en très-peu de temps, à la manière des fortes apoplexies (1). Ainsi périt, au rapport de Fernel, un jeune homme qui avait reçu à l'angle in-

---

(1) Boerhaave a vu une chute violente sur le cou, fracturer les vertèbres cervicales, et produire dans le canal vertébral un épanchement de sang qui, gagnant les ventricules du cerveau, fut bientôt suivi de la mort (*a*). Quelque chose de semblable, mais à un moindre degré d'intensité, a sans doute eu lieu chez le malade qui, au rapport de Forestus, fut pris d'une paralysie incurable des mains, après avoir reçu un coup sur la nuque (*b*).

Des accidens plus ou moins analogues peuvent aussi avoir lieu par suite de maladies internes. Ainsi M. Prestre a observé une hémato-rachis promptement mortelle, produite par une ulcération syphilitique qui, après avoir rongé le pharynx, avait perforé la dure-mère à son entrée dans le canal vertébral (*c*). Laennec a vu un sac anévrismal user le corps des vertèbres, s'ouvrir dans leur canal, et sans livrer passage au sang, dont l'écoulement était empêché par un caillot qui obturait l'ouverture du sac, comprimer la moelle, de manière à déterminer la brusque paralysie des membres inférieurs (*d*). M. Bérard cite, d'après Gutherie, un exemple de même genre (*e*). Dans une observation recueillie par Watts (*f*), l'érosion d'un vaisseau, due à la carie de la face interne du pariétal gauche, donna lieu à une hémorrhagie mortelle qui s'effectua entre la dure-mère et le crâne, et produisit une hémiplégie du côté droit.

(*a*) *Prælect. acad.*, t. III, p. 395.

(*b*) *Opera omnia, de apoplexiâ*, obs. 95.

(*c*) *Arch. gén. de méd.*, mars 1830, p. 338.

(*d*) *Op. cit.*, mars 1826, p. 473, et *Traité de l'auscultation, etc.*, 3e éd., tom. III, p. 320.

(*e*) *Journ. hebd. de méd.*, octobre 1830, p. 169.

(*f*) *Medical and surgical register*.

terne de l'œil un coup d'épée dont la pointe s'était avancée profondément sous la base du cerveau, en déchirant plusieurs vaisseaux (1). Chez d'autres sujets, l'épanchement occasionné par de semblables blessures étant moindre, il s'est borné à produire subitement l'hémiplégie, comme l'ont vu Camerarius, MM. Duméril, Larrey et d'autres observateurs (2). A ces faits, ajoutons l'histoire très-curieuse rapportée par M. P. Dubois, d'un sujet qui, frappé de paralysie immédiatement après une chute sur la tête, se trouva guéri presque aussitôt que le sang épanché dans l'arachnoïde eut été avacué par l'application d'une couronne de trépan sur le côté de la tête opposé à l'hémiplégie (3).

En comparant un assez grand nombre de ces affections de la tête avec l'apoplexie, on verra les symptômes de quelques-unes d'entre elles présenter avec ceux de cette maladie une analogie très-grande. Cependant, fût-elle complète, ce qui doit être extrêmement rare, la connaissance de la cause du mal suffirait pour rendre toute méprise sur sa nature à peu près impossible; car ce serait un hasard bien extraordinaire, si un sujet était frappé d'apoplexie au moment même où il recevrait une blessure à la tête. Au reste, quand il en serait ainsi, il y aurait peu d'inconvénient à ne pas savoir précisément le reconnaître, puisqu'un diagnostic plus exact ne changerait en rien les principes du traitement. On peut donc dire avec assurance que si une erreur de diagnostic n'est pas tout-à-fait

---

(1) *De abditis rerum causis*, p. 155.— Cas analogue, et de plus lésion du cerveau, Wepfer. *Historiæ apoplecti.*, p. 270.

(2) *Eph. natur. curios.* — *Bul. de la Fac. de méd.*, an 1811, p. 7; an 1817, p. 456.—*Arch. gén. de méd.*, juillet 1825, p. 467.

(3) *Arch. gén. de méd.*, novembre 1823, p. 377.

impossible, elle est au moins exempte de conséquence fâcheuse dans les plaies de tête. Malgré cela, j'ai cru devoir relater brièvement ce qu'elles offrent de plus remarquable par rapport à leurs principaux phénomènes : c'était le moins qu'on pût faire à l'égard d'un genre d'affections qui ont fourni, les premières, les moyens de constater la marche que suit la paralysie dans les lésions de l'encéphale(1). Cela fait, j'en viens aux hémorrhagies de cause interne.

Tantôt elles dépendent de la déchirure d'un vaisseau très-apparent (2) ; tantôt une simple exhalation de sang semble les produire. Dans l'un comme dans l'autre cas, elles peuvent avoir lieu à la surface de l'encéphale ou dans les ventricules.

Les observations ci-après fourniront des exemples de ces diverses espèces d'hémorrhagies.

SOIXANTE-DIX-NEUVIÈME OBSERVATION.

Hémorrhagie par rupture de l'artère communicante (3).

« La nommée Gervais (Marie-Nicole), âgée de cinquante-neuf ans, tomba sans connaissance après son déjeuner, dans la matinée du 3 janvier 1826.

---

(1) Hippocrate, *Epid.*, lib. VII, p. 1218, *edente* Foesio. — Van-Helmont, qui sans avoir égard à l'autorité d'Hippocrate, croyait à la paralysie directe dans les plaies de tête, ne manque pas de donner des raisons pour que la chose soit ainsi. Voyez *Ortus medicinæ*, etc., *de lithiasi*, p. 94.

(2) Donglas a vu la rupture d'un des sinus de la dure-mère, donner lieu à une hémorrhagie mortelle. *Edimb. med. essays and observ.*, vol. VI.

(3) Serres, *Observations sur la rupture*, etc. *Arch. gén. de méd.*, mars 1826, p. 423 et suiv.

Le 4, elle fut apportée à l'hôpital de la Pitié. (*Douze sang. cou; vésicat. jamb.*)

» Le 5, forte injection de la face; état comme de stupeur, et cependant respiration libre. La malade, couchée sur le dos, paraît ne voir ni n'entendre; elle reste immobile : les membres sont dans une résolution complète, surtout du côté gauche, où de temps à autre il se manifeste quelques frémissemens convulsifs. Constipation. (*Til. orang.; julep antispas.*)

» Le 6, même état. Salive écumeuse à la bouche, qui est tirée à gauche; peau froide, traits tirés, face décolorée, pouls à peine sensible. Mort à onze heures du matin.

» *Ouverture du cadavre.*

» *Tête.* Injection considérable des vaisseaux des méninges. Un vaste caillot de sang occupait la base du cerveau, offrant la plus grande épaisseur à l'entrecroisement des nerfs optiques qui s'y trouvaient plongés. Il s'étendait de là, en s'amincissant graduellement, jusqu'à la face supérieure des hémisphères, entre la pie-mère et l'arachnoïde. Il avait aussi pénétré dans les ventricules latéraux par leur ouverture postérieure, puis dans le quatrième, et s'étendait jusqu'au renflement abdominal de la moelle épinière. Le sang s'était épanché en partie par une ouverture d'environ une ligne, faite à l'artère cérébrale gauche, près de l'origine de l'artère communicante antérieure. Celle-ci offrait, du côté droit, un anévrisme du volume d'une petite balle de fusil, qui s'était rompu en haut et en avant, où il présentait *une ouverture oblongue d'une ligne de diamètre*, et avait ainsi

contribué à l'hémorrhagie. L'artère communicante gauche avait sa tunique externe et moyenne érodée dans une étendue assez considérable.

» Dans la partie moyenne des radiations du corps strié droit, se trouvait un ramollissement d'environ cinq lignes dans toutes ses dimensions. A son pourtour, la substance médullaire était pointillée de rouge. La commissure, molle, était rouge et marbrée dans toute son étendue. La partie postérieure de la voûte à trois piliers était ramollie et marbrée jusqu'à la partie supérieure des cornes d'Ammon.

» Le cœur était hypertrophié à droite et à gauche; le tube intestinal était sain. »

Remarques. Après avoir rapporté cette observation, M. Serres ajoute que la paralysie des membres observée chez sa malade a été due à l'affection de la voûte à trois piliers, et au léger ramollissement trouvé dans le corps strié droit. Sans nier que ces deux espèces de lésions aient concouru à produire la résolution des membres, nous ne balançons pas à placer la cause *principale* de ce phénomène dans la compression produite par l'énorme caillot de sang qui enveloppait la plus grande portion du cerveau et de la moelle épinière.

QUATRE-VINGTIÈME OBSERVATION.

Rupture d'un anévrisme de l'artère basilaire (1).

« G. B., expert, âgé de cinquante-neuf ans, fondeur en cuivre, d'une constitution très-robuste, con

(1) Serres, *Obs. sur la rupture des anévrismes*, etc., *Arch. gén. de méd.*, mars 1826, p. 421 et suiv.

court et très-musculeux, adonné à l'ivrognerie, était sujet depuis long-temps à une pesanteur et à une lourdeur de tête qu'il ne savait comment exprimer. Elles augmentaient quand il se livrait à de grands efforts, à une marche forcée, et surtout lorsqu'il buvait avec excès. Dans les premiers jours de février, il gagna une pneumonie, qui fut avantageusement traitée par les antiphlogistiques à l'hôpital de la Pitié. Il était en pleine convalescence, et se disposait à sortir, lorsqu'il apprit, le 26, la mort d'un enfant qu'il chérissait. Cette nouvelle, arrivée à l'improviste, lui causa une vive émotion et un évanouissement qui dura quelques heures. Le soir, la fièvre se déclara; le lendemain, à ma visite, je le trouvai dans l'état suivant :

» Face animée, gonflement des jugulaires, respiration haute, un peu douloureuse à droite, ancien lieu de la douleur pneumonique; pouls dur, plein, fort et fréquent; étourdissement continuel lorsque le malade était debout ou à son séant. Ce dernier symptôme ne fixa que légèrement mon attention, parce qu'il avait duré pendant la période d'acuité de la première maladie. (*Saign.*) Soulagement marqué d'abord. Le soir, somnolence. »

» Le 28, état apoplectique permanent, respiration rare, pouls fréquent, fort, très-dur; artère vibrante, coma, mouvemens automatiques quand il est fortement excité, mais très-faibles; rougeur et tuméfaction de la face. Mort subite à une heure de l'après-midi. »

» *Ouverture du cadavre.*

» *Tête.* A la base du crâne se trouvait environ une livre de sang noir, pris en caillot lamineux. Ce sang provenait de la perforation d'un anévrisme de l'artère

basilaire, ayant le volume d'un petit œuf, et offrant sur le côté une ouverture d'environ une ligne de diamètre. La portion de la tunique moyenne de l'artère, qui concourait à la formation de la tumeur anévrismale, offrait une dégénération cartilagineuse très-marquée.

» Le sang s'était non-seulement épanché à la base du crâne, mais en suivant les lames des méninges, il s'était introduit avec elles dans les ventricules, et les avait distendus. Le cerveau et le cervelet étaient sains d'ailleurs.

» *Poitrine.* Le ventricule gauche était épaissi. »

QUATRE-VINGT-UNIÈME OBSERVATION.

Rupture de la carotide, sans altération de son tissu (1).

« Delautat (Denis), âgé de cinquante-six ans, avait été sujet aux hémorrhagies dans sa jeunesse, et à des maux de tête dans l'âge adulte. Très-adonné aux femmes et au vin, il s'enivrait, depuis l'âge de quarante ans, deux ou trois fois par semaine, et conservait, l'ivresse terminée, des tournoiemens de tête qui le forcèrent souvent de suspendre son travail.

» Le 28 août 1811, il se mit à boire avec ses camarades, s'enivra, et passa la nuit dans la rue. Le 30, revenu à lui, il s'établit de nouveau dans un cabaret, où sa femme fut le chercher et le trouva étendu par terre. Elle le crut ivre, et le fit transporter dans sa demeure, où il resta jusqu'au lendemain sans être secouru.

(1) Serres, *Annuaire méd. chir. des hôpitaux*, *etc.*, p. 308 et suivantes.

» Le 31, voici l'état qu'il m'offrit à l'Hôtel-Dieu. Face rouge, tuméfiée légèrement; chaleur plus vive à la face que dans les autres régions; pouls fort, dur, plein, fréquent; respiration très-lente, inspiration courte, expiration précipitée, coma profond, dont aucune excitation ne peut le retirer; mouvement des membres par intervalle, bouche non déviée et entr'ouverte, rectitude de la langue. (*sinap. pieds; sangs. cou; veau, émét*).

» A trois heures le pouls devient petit, faible, très-fréquent; la peau se refroidit, la respiration s'embarrasse, et le malade meurt quelques instans après.

» *Ouverture du cadavre.*

» *Tête.* Face violette, comme ecchymosée, tuméfaction et engorgement des veines du cœur; injection des canaux veineux. Le crâne ouvert, la dure-mère incisée, il s'écoula un peu de sang, et la pie-mère parut très-injectée et un peu rouge. En écartant les lobes moyens, on voyait du sang noir et coagulé à la base du cerveau. J'incisai la protubérance à sa jonction avec les éminences olivaires et pyramidales; je renversai le cerveau, je détachai avec le manche d'un bistouri le sang qui formait une couche assez épaisse, et j'aperçus une déchirure à la carotide interne, au point où parvenue entre le lobe antérieur et le moyen, elle se divise en branche antérieure et postérieure.

» Cette déchirure était inégale, la tunique externe la débordait, et la moyenne s'était rétractée. Je détachai le tronc, et je n'aperçus dans son trajet aucune granulation ou plaque cartilagineuse, seulement les

artères étaient, en général, plus dilatées que de coutume, et la tunique fibreuse plus mince également.

» Le sang qui s'était échappé par la déchirure de l'artère, avait formé une espèce de gâteau qui s'était moulé sur les enfoncemens et saillies inégales que présente la base du crâne; une partie avait pénétré avec la pie-mère dans les ventricules; une autre s'était introduite dans le canal vertébral et avait pénétré à quelques pouces dans sa profondeur. Le cerveau était injecté, mais sain.

» *Poitrine.* Les poumons étaient gorgés de sang. Ce liquide découlait avec abondance par la moindre incision. Le ventricule gauche du cœur était épaissi. »

QUATRE-VINGT-DEUXIÈME OBSERVATION.

Rupture de l'artère basilaire, sans altération préalable de sa texture (1).

« Une revendeuse de la halle fut portée mourante à l'Hôtel-Dieu, et mourut en effet deux heures après son arrivée. Cette malheureuse avait fait un pari de boire sept litres de vin sans manger, ce qu'elle fit; mais, arrivée à sa place, elle se renversa de dessus sa chaise et ne put plus se relever. On la transporta à l'hôpital cinq heures après l'accident.

» A l'ouverture du cadavre je trouvai le tronc basilaire brisé au point de jonction des deux vertébrales. L'une de ces artères était entièrement déta-

(1) Serres, *Annuaire méd. chir. des hôpitaux*, p. 311.

chée du tronc commun, l'autre y tenait encore par un lambeau inégal et dentelé.

» Le sang avait rempli la base du crâne et formé un plateau peu épais, moulé sur ses inégalités. Il n'avait point pénétré dans les ventricules, dont l'un contenait environ deux onces de sérosité. »

Remarques. Il semble que la rupture d'une grosse artère, saine, ou préalablement altérée dans sa texture, se faisant à l'intérieur du crâne, devrait amener instantanément la mort, comme l'a vu Daniel Nebelius, sur un militaire atteint depuis quelque temps de céphalalgie et de somnolence (1), et comme il est arrivé au sujet dont l'histoire se trouve dans les actes de l'Académie césaréenne (2). Cependant la vie s'est encore prolongée assez long-temps chez les malades des quatre observations précédentes. Il en a été de même pour le jeune homme dont parle Drelincourt (3), pour le domestique cité par Morgagni (4), et pour le sujet que Hogdson a vu périr par la rupture d'un anévrisme de l'artère basilaire (5). A quoi peut donc tenir, tantôt la promptitude, tantôt la lenteur remarquable de la mort, dans des affections qui sembleraient toujours devoir marcher de la même manière? A ce que l'artère d'où part le sang est tantôt largement ouverte, tantôt simplement éraillée.

Dans ces deux cas, mais surtout dans le second, on observe des symptômes absolument semblables à ceux

---

(1) *Eph. natur. curios.*, an 1740, t. v, obs. CXIII, p. 393.
(2) Tome II, obs. CIX.
(3) *Voy.* Wepfer, *Historiæ apoplect.*, p. 463, obs. I.
(4) *De sed. et caus., etc.*, epist. II, art. 20.
(5) *Maladies des artères et des veines*, trad. de G. Breschet, t. I, p. 89.

auxquels tout épanchement de sang très-considérable dans le tissu de l'encéphale donne infailliblement lieu. Nous voyons également que, chez les individus qui succombent à la rupture d'un gros vaisseau opérée à l'intérieur du crâne, rien, pendant la vie, n'est susceptible d'indiquer l'imminence de cet accident.

Les ruptures des artères encéphaliques sont très-rares, et je n'en connais que les neuf exemples précédemment transcrits ou cités. Les ruptures des veines sont plus rares encore; car M. Serres me semble être jusqu'à présent, le seul qui en ait observé un cas (1). Cependant, suivant ce médecin, les unes et les autres devraient se montrer assez souvent, puisque, en outre de ses propres observations au nombre de cinq, il en rapporte ou cite dix-huit d'après les auteurs (2). Mais en cherchant à les vérifier, il y en a d'abord une que je n'ai pas pu découvrir (3). Des dix-sept autres, sept se sont trouvées des plaies de tête (4), deux des ruptures artérielles (5), deux des cas fort douteux de rupture des artères de la dure-mère ou des plexus choroïdes (6); et les six autres, des épanchemens de sang dont le siége est indiqué, mais dont

---

(1) *Annuaire méd. chir. des hôpitaux*, p. 422.

(2) *Op. cit.*, de la page 311 à 324.

(3) Guersant, *Observ. lue à l'Acad. royale de chir.* en mars 1788.

(4) Fernel, *Medicina univers. De abd. rerum causis*, p. 515. Henricus ab Heers, *Obs. med. oppido raræ*, p. 119, obs. XII. — Tulpius, *Obs. med.* lib. I, obs. II et III. — Morgagni, *De sed. et caus. morb.*, epist. III, nº 3; epist. LI, nº 37; epist. LXIX, nº 2.

(5) *Voy.* Wepfer, *Hist. apoplect.*, p. 463, obs. L. — Morgagni, *De sed et caus. morb.*, epist. II, nº 20.

(6) Wepfer, *op. cit.*, etc., p. 461, obs. XLIX. — Baug, *Selecta diarrii nosoc.*, *etc.*, t. I, p. 201.

la source reste incertaine (1), comme dans le cas d'hémorrhagie cervicale rachidienne, observée par Du Verney (2). Il y a plus, c'est que dans une de ces six observations, Wepfer assure avoir fait inutilement tous ses efforts pour découvrir la source de l'hémorrhagie (3). Cela me porte à considérer ces divers épanchemens comme étant dus à des déchirures de l'encéphale, qu'on n'aura pas su reconnaître, ou bien comme étant le résultat de ces exhalations de sang dont on va voir quelques exemples.

QUATRE-VINGT-TROISIÈME OBSERVATION.

Exhalation de sang dans la pie-mère des hémisphères cérébraux simulant l'apoplexie (4).

« On apporta le 27 août, salle Saint-Philippe, un vieillard de soixante-treize ans, encore robuste et d'une santé bien conservée, qui, s'étant couché la veille bien portant, était tombé pendant la nuit dans l'état suivant : il était sans connaissance, dans un coma profond, sans déviation des commissures labiales, sans paralysie des membres qu'il retirait lorsqu'on les pinçait un peu fortement. La respiration

---

(1) Wepfer, *Historiæ apoplecticorum*, obs. I, p. I et suiv.; obs. III, p. 9 et suiv.; obs. XLVIII, p. 459; obs. LI, p. 464; obs. LV, p. 469. — Dehaën, *Rat. medendi*, pars IV, cap. V, p. 180.

(2) Duhamel, *R. sc. acad. hist.*, tom. I, p. 253. — Voy. aussi Ollivier, *Traité de la moelle épinière, etc.*, t. II, p. 505 et suiv. — Fallot, *Hématorachis sans lésion de la moelle épinière*. *Arch. gén. de méd.*, t. XXIV, p. 438, et *Journ. complém*, t. XXXVIII.

(3) Nec vel ruptam venam aut arteriam deprehendere valui. *op. cit.*, p. 4.

(4) *Lancette française*, 30 octobre 1832, p. 434.

était haute, lente; le pouls fort, dur et irrégulier; les paupières supérieures affaissées ; la face était rouge, vultueuse; la vessie distendue par l'urine, pouvait être sentie au-dessus du pubis. Une saignée avait été pratiquée en ville, et des sinapismes appliqués autour des malléoles et des coudepieds. A l'hôpital on renouvela la saignée et les sinapismes; on sonda le malade pour vider la vessie; on donna un lavement purgatif et une tisane laxative.

» Le 28 au matin, le coma avait beaucoup diminué: le malade articulait quelques mots sans ordre et sans suite. On appliqua quinze sangsues derrière les oreilles et l'on continua les mêmes moyens que la veille.

» Le 29, amélioration plus marquée : le malade répond à quelques questions; mais il croit être au milieu de sa famille; il fait sans cesse effort pour sortir de son lit, et l'on est obligé de l'y tenir attaché.

» Le 30, la somnolence qui ne s'était pas complétement dissipée, redevient plus profonde: on a de la peine à tenir le malade éveillé; il retombe dans le coma aussitôt qu'on cesse de le presser de questions, ou de l'exciter de toute autre manière. (*Saign. 2 palettes.*)

» Le 31, même état, (*20 sangs. oreilles.*) Le soir le coma est redevenu aussi profond qu'au moment de l'entrée du malade. (*Vésicat. cuis.; sangs.*)

» Le 1er septembre, même état que la veille au soir. (*Glace tête.*) L'assoupissement devient de plus en plus profond; la respiration s'embarrasse et la mort arrive le 2 à huit heures du soir.

» *Ouverture du cadavre.*

» *Habitude extérieure.* Rien d'indiqué.

» *Crâne.* On trouva une quantité de sérosité assez abondante, tant à la base du crâne que dans les ventricules du cerveau : cette sérosité était légèrement teinte en rouge. La pie-mère était, dans toute son étendue, à la face convexe comme à la base, sur les circonvolutions comme dans les anfractuosités, infiltrée d'une notable quantité de sang. Ce sang ne se trouvait nulle part réuni en foyer ; mais il était étendu partout, sous forme d'une couche réticulée, mince, d'une épaisseur assez uniforme. Cependant à la partie antérieure, dans la fissure médiane, au-devant du corps calleux, les vaisseaux volumineux qui se divisent en cet endroit, étaient entourés de quelques caillots, qui n'avaient cependant altéré en rien la texture du tissu cérébral voisin. Le cerveau, incisé dans tous ses points, n'a laissé voir aucune trace de foyer apoplectique. Une injection poussée par la carotide, aurait-elle fait reconnaître la déchirure de quelques vaisseaux de la base du crâne? Nous l'ignorons. Le cerveau était déjà incisé en plusieurs points, lorsque l'on songea à faire cette expérience qui aurait pu dissiper les doutes, et décider si cette hémorrhagie avait eu lieu par rupture ou par exhalation.

» Il n'y a eu que le crâne d'ouvert. »

Remarques. Malgré le doute que l'auteur de cette observation exprime sur l'espèce de l'hémorrhagie dont il nous a transmis l'histoire, j'ai cru pouvoir la rapporter aux exhalations, surtout en considération de la durée assez longue de la maladie. Quoi

qu'il en soit, au reste, je ferai observer que si l'absence bien constatée de paralysie dans ce cas, n'était pas suffisante pour faire reconnaître, en s'aidant des autres symptômes, la nature du mal, elle devait au moins suffire pour écarter l'idée de l'existence d'une apoplexie. Cette condition ne se trouvait pas, ou n'était pas, à beaucoup près, aussi facile à reconnaître dans les trois observations ci-après.

QUATRE-VINGT-QUATRIÈME OBSERVATION (1).

Exhalation de sang dans le ventricule gauche du cerveau, simulant l'apoplexie.

« Une femme, âgée d'une cinquantaine d'années, se portait en apparence très-bien, lorsqu'elle fut prise tout à coup d'une attaque d'apoplexie, contre laquelle tous les remèdes ayant été inutiles, il se manifesta de la fièvre le troisième jour. La mort arriva le cinquième. Pendant toute la durée de la maladie, la respiration avait été petite à la vérité et rare, mais toujours régulière et égale; ce qui prouve combien il est incertain de compter sur cette égalité de la respiration..... A l'ouverture du crâne, les vaisseaux du cerveau et du cervelet parurent distendus par une grande quantité de sang. La portion antérieure du ventricnle gauche était remplie, dans toute son étendue, de sang en partie coulant, en partie coagulé. Il n'y avait du reste rien de remarquable dans cette cavité et dans la

(1) Veratti, *Comm. de Bonon. Scienc. acad.*, pars. 1, t. II, p. 185.

droite; mais on fut très-surpris de trouver au milieu d'un grumeau de sang un petit amas de poils tortillés et roulés les uns dans les autres. Il était gros comme un pois : et quoique les poils très-minces dont il était composé, fussent faciles à reconnaître pour tels à l'œil nu et au microscope, on n'y découvrit pas de bulbe qui pût leur servir de racine, car ils étaient, sinon tous, au moins pour la plupart, terminés en pointe par les deux bouts. Ils contenaient entre eux de très-petits corpuscules blancs, d'une figure variable, dont Verattus, Beccarius, et d'autres savans appelés pour les examiner, ne purent reconnaître la nature.

» Il n'est ni rare ni nouveau de voir naître des poils dans l'intérieur de nos organes . . . . . . Mais s'il n'est pas nouveau d'en avoir trouvé dans le cerveau, la chose est au moins extrêmement rare, et il n'est pas facile d'expliquer comment ils ont pu se développer dans ce lieu absolument dépourvu de graisse (on croit généralement qu'ils peuvent naître dans cette humeur), ou y être transportés d'ailleurs. »

QUATRE-VINGT-CINQUIÈME OBSERVATION (1).

Exhalation de sang dans les ventricules, simulant l'apoplexie.

« Tita (Antoine), auteur du *Catalogue des plantes du jardin Mauroceni*, succomba un des

---

(1) Morgagni, *De sed. et caus. morb.*, epist. anat. med. III, art. 2.

premiers, au commencement du mois de mai 1729, pendant la terreur qui s'était emparée de tous les esprits effrayés de voir presque sans cesse la mort frapper ses victimes, et les emporter en peu de jours et souvent en peu d'heures. L'été, l'automne et l'hiver avaient été froids et humides; des pluies froides et abondantes étaient tombées au commencement du printemps; la chaleur était ensuite venue tout à coup, et très-forte. Tita avait soixante-treize ans, il était robuste, musculeux, carré, et d'un embonpoint au-dessus de l'ordinaire; habitué à s'exposer souvent à l'ardeur du soleil, buvant sec, sans pourtant s'enivrer, et sujet depuis quelques années à des ophthalmies assez fortes. Il venait de se plaindre depuis peu de jours de douleurs de tête à mon collègue Valisneri.

» Le 4 des nones de mai, après avoir passé toute la journée au soleil, qui, ce jour-là, était plus chaud que de coutume, il se sentit prendre tout à coup, en sortant de souper, d'un fort mal de tête; presque en même temps la parole devint tellement embrouillée, qu'on ne put plus entendre ce qu'il disait, et sur-le-champ il perdit le mouvement des membres gauches. J'accourus aussitôt que j'eus appris cet événement, et je trouvai le malade plein de connaissance, coloré comme à son ordinaire, ayant le pouls naturel, développé, résistant, ne se plaignant nullement de souffrir de la tête, et n'accusant d'autre incommodité qu'une grande tendance à l'assoupissement. Les réflexions que je fis sur les symptômes présens et sur ce que j'ai dit plus haut, me firent craindre une autre attaque plus forte. J'envoyai à la fois chercher un prêtre et un chirurgien. Je fis tirer de suite du

sang du bras sain, donner un lavement âcre, et présenter devant les narines de l'huile de succin. J'eus soin de défendre l'usage de l'esprit de sel ammoniac, craignant que son action ne déterminât le sang à se porter à la tête, ce dont j'annonçai le danger; j'abandonnai les autres soins à ses médecins qui devaient bientôt venir, et je retournai chez moi. Un d'eux jugea convenable d'exciter le vomissement; ce que j'aurais aussi pu conseiller, si je me fusse seulement arrêté aux choses qu'il considérait le plus. Mais après les secousses qu'il produisit, l'affection que je viens de décrire prit une intensité telle, que le malade perdit entièrement la parole. La respiration devint stertoreuse, s'accompagna, comme j'ai lieu de le présumer, de mouvemens convulsifs, et Tita mourut le lendemain matin.

» La tête fut ouverte devant moi. La dure-mère adhérait fortement au crâne, en sorte qu'il fallut de grands efforts pour l'en détacher : elle était noire par l'injection de ses petits vaisseaux seulement, car le sinus longitudinal supérieur était vide de sang. Les vaisseaux de la pie-mère en étaient gorgés.

» Le ventricule droit contenait un caillot de sang gros comme un œuf de poule, logé en grande portion dans sa partie postérieure, vers les pieds d'hippocampe. Mais dans les trois autres ventricules le sang était en bien moins grande quantité, de sorte que je l'aurais volontiers considéré comme une sérosité fortement sanguinolente, qui, après avoir été exprimée du sang concrété, aurait rempli ces cavités. Le cerveau était sain, et la substance des hémisphères ne présentait pas la plus

légère altération, de sorte que l'on ne pouvait découvrir par où s'était échappé une aussi grande quantité de sang. Quoique dans la partie postérieure de chaque ventricule, principalement du côté droit, les plexus choroïdes continssent des vésicules pleines d'eau, tellement gonflées, que je ne me rappelle pas d'en avoir vu d'aussi grosses (elles avaient le volume des grains du raisin), nous présumâmes cependant, d'après le lieu qu'occupait la plus grande partie du sang coagulé, qu'il était sorti des vaisseaux rompus du plexus choroïde gauche et de ceux du voisinage. »

QUATRE-VINGT-SIXIÈME OBSERVATION.

Exhalation de sang dans l'arachnoïde externe, simulant l'apoplexie, et peut-être encore plus l'épanchement séreux actif des ventricules.

Sarrot (Clément), de Paris (Seine), âgé de soixante-sept ans, d'un tempérament nerveux, maigre, grêle, d'une apparence délicate, ancien procureur au Châtelet, se sentait affaiblir chaque jour depuis environ un an, et marchait avec beaucoup de peine, quand, il y a à peu près trois mois, il fut pris tout à coup d'une grande difficulté à parler, et se sentit en même temps encore plus faible, surtout du côté gauche. Depuis cette époque, il avait été contraint de garder constamment le lit, l'embarras de la parole et la faiblesse des membres continuant toujours. Il entra, le 9 mai 1812, à la Maison de santé, sans avoir éprouvé aucun autre accident remarquable, dans l'état suivant : léger embarras de la parole, faiblesse très-grande des membres, surtout

des inférieurs, principalement du côté gauche; nulle douleur, pouls naturel, sommeil, appétit, ventre peu libre. (*Jul. val. éther.; mxt. kk.* ℥ *iv.*; *orang.*; *pil. aloét. ij.*)

Depuis le jour de son entrée jusqu'au 28 juin suivant, il n'avait offert aucun dérangement dans sa santé; ce jour-là, vers six heures du soir, il tomba tout à coup dans un assoupissement profond, ne donnant absolument aucun signe de connaissance, ayant le pouls fréquent, un peu dur, et le visage naturel. (Il venait de placer, peu d'heures avant, une assez grosse somme à fonds perdu). La nuit se passe dans cet état.

Le 29, même assoupissement, pas de selle, visage pâle. (*Jul. éther.; orang.; sinap.*)

Le 30, dans la soirée, il entend un peu, et fait quelques efforts pour répondre; mais il retombe bientôt dans l'assoupissement; la respiration est par fois râlante; pouls fréquent. (*Même prescrip.*)

Le 1[er] juillet, entend, mais n'essaye plus de répondre; respiration pénible, visage altéré, chute des forces. Mort à midi.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Maigreur générale. Légère atrophie des membres inférieurs.

Crâne. Environ six onces de sang, en partie coulant et en partie coagulé, épanché sur l'hémisphère droit du cerveau qu'il avait considérablement déprimé, surtout à sa partie moyenne, où il présentait un enfoncement de trois ou quatre lignes, occupé par un gros caillot. La pie-mère et l'arachnoïde cérébrale de ce côté étaient teintes et im-

prégnées de sang; mais nulle part on ne trouvait de vaisseaux rompus. Il y avait, à la face interne de l'arachnoïde de la dure-mère, dans ses deux tiers antérieurs, une légère couche d'un sang rouge-jaune, épaisse d'une demi-ligne aux endroits où elle l'était le plus, presque partout ailleurs aussi mince que cette membrane elle-même, dont il était facile de la séparer, et qui au-dessous était parfaitement saine. Les carotides, ossifiées à leur entrée dans le crâne, présentaient dans leur trajet, un grand nombre de points osseux. Dans la partie moyenne de l'hémisphère droit, un peu au-dessus du niveau du corps calleux, se trouvait une cavité ronde, large comme un liard, à parois brunâtres, dans l'épaisseur d'une demi-ligne, contenant quelques gouttes d'un liquide ichoreux. Le reste de la masse encéphalique était parfaitement sain. Les ventricules ne contenaient pas une goutte de sérosité.

Poitrine. La crosse de l'aorte était dilatée d'une manière remarquable. Les poumons étaient fort adhérens à la plèvre costale, mais bien sains.

Abdomen. Tous les viscères de cette cavité étaient dans l'état naturel.

Remarques. Veratti (obs. LXXXIV) nous parle de sa malade comme ayant été inopinément atteinte d'une forte apoplexie; ce qui porte à croire qu'il y avait chez elle résolution complète de tous les membres, et non simple hémiplégie. Toutefois, la supposition opposée, loin d'être dépourvue de vraisemblance, serait parfaitement d'accord avec les résultats fournis par l'ouverture du cadavre, qui a montré l'épanchement du sang borné à un seul ventricule. Elle reçoit, on pourrait dire, une véritable démonstration, par l'histoire de Tita qui, au rapport de Morgagni, fut

d'abord hémiplégique, quoique ayant un épanchement dans chaque ventricule, mais seulement plus considérable du côté droit. Dans cette hypothèse, nous posséderions donc deux observations (1), dans lesquelles une hémorrhagie par exhalation à l'intérieur des ventricules aurait marché comme l'hémorrhagie par déchirure de la substance même de l'encéphale, à cette seule différence près de la conservation entière de la connaissance chez Tita, au début de son mal; ce qui n'a peut-être jamais lieu dans les déchirures de la pulpe nerveuse.

Quant à la maladie de Sarrot, le diagnostic en était aussi lui, fort obscur. Le malade, en effet, était en voie de guérison d'une hémorrhagie cérébrale, et sous l'imminence, entre autres accidens, d'un épanchement séreux actif dans les ventricules. On aurait donc pu croire qu'un pareil accident était la cause de sa mort, si l'absence de fièvre n'eût pas dû faire rejeter cette idée. En résumé, on voit que, même après coup il était bien difficile de reconnaître pour hémorrhagies par exhalation, les trois cas auxquels nous consacrons ces réflexions, sans trop espérer qu'elles puissent suffire à faire reconnaître, avant l'autopsie, les maladies de la nature des trois suivantes.

---

(1) Les *inégalités* observées à l'ouverture du cadavre, sur la couche optique et le corps strié droits du sujet que M. Riobé regarde comme ayant été atteint d'une hémorrhagie par exhalation, prouvent que cette hémorrhagie, dont un reste de caillot trouvé dans la partie postérieure du ventricule, indiquait l'ancienne date (*a*), avait réellement eu lieu par une érosion des surfaces restées rugueuses.

(*a*) *Observations propres à résoudre cette question, etc., etc.*, p. 27.

QUATRE-VINGT-SEPTIÈME OBSERVATION.

Exhalation de sang à la base du crâne, dans la cavité de l'arachnoïde, et entre la dure-mère et le crâne : rupture de l'œsophage.

Mademoiselle Le M... de R..., *mestive*, âgée de cinq ans, d'une bonne constitution, vive, gaie, très-turbulente, née et demeurant à la Pointe-à-Pitre (Guadeloupe), jouissait d'une fort bonne santé lorsqu'elle suivit la procession du 13 juin 1816, bien abritée, dit-on, sous un parasol. Tout le reste de la journée se passa sans rien présenter d'extraordinaire; mais dans la nuit, elle fut prise tout à coup, d'une extrême agitation, accompagnée de cris aigus, de quelques mouvemens convulsifs, et de vomissemens fréquens et répétés : elle semblait indiquer la tête comme siége de ses douleurs. Ces accidens, auxquels on crut devoir opposer l'administration d'un vermifuge, continuèrent sans aucune diminution pendant toute la journée et la nuit du lendemain.

Le 15, je la trouvai dans l'état suivant : sorte de rigidité permanente des membres, absence complète de connaissance, pupilles extrêmement dilatées et absolument insensibles à l'impression de la lumière, visage livide, offrant l'expression de la stupeur; pouls fréquent, assez fort. Les accidens persistent avec la même intensité pendant tout le jour. Les forces tombent, la respiration s'embarrasse; parfois la malade pousse quelques cris. Enfin elle expire vers le milieu de la nuit.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Rien de remarquable.

Crâne. Engorgement très-considérable des vaisseaux du péricrâne et de la dure-mère; engorgement plus considérable encore de ceux du cerveau et du cervelet. Cet engorgement était surtout remarquable à droite, entre le cerveau et le cervelet, où les divisions de l'artère cérébrale postérieure et les veines correspondantes étaient dilatées et remplies de sang, comme elles auraient pu l'être par une injection poussée avec beaucoup de force et d'adresse.

Dans les fosses temporales et occipitales du côté droit, se trouvait un épanchement formé d'environ six onces de sang noirâtre, assez ferme et coagulé, dont une portion s'engageait dans le canal vertébral sans y pénétrer fort avant. Outre ce sang contenu dans la cavité de l'arachnoïde, il s'était formé entre la dure-mère et le crâne, à la partie antérieure de la fosse temporale droite, un caillot de sang de près d'une once.

La pie-mère de la face supérieure du cervelet, du côté droit, était infiltrée de sang, au point d'avoir l'apparence d'un caillot épais d'une ligne sur les circonvolutions, et de trois à quatre dans quelques-unes des anfractuosités entre lesquelles il pénétrait. Une infiltration semblable, mais d'un quart de ligne d'épaisseur tout au plus, s'étendait sur toute la protubérance annulaire, et la moelle alongée, surtout à droite, augmentait d'épaisseur à l'origine des nerfs, notamment près celle de la cinquième paire. Un caillot alongé, d'environ un gros, s'étendait du troisième au quatrième ventricule: mais là, pas plus qu'ailleurs, il n'existait de vaisseau rompu apercevable. Chacun des ventricules latéraux contenait environ une demi-once de sérosité. Leurs vaisseaux étaient remplis d'une très-grande quantité de sang, et bien

plus encore ceux de la tête et des plexus choroïdiens. La substance propre de l'encéphale avait ses vaisseaux médiocrement remplis de sang.

Poitrine. A un pouce environ au-dessus du diaphragme, l'œsophage offrait deux déchirures ovalaires, de quatre lignes dans leur plus grand diamètre, situées sur chacun de ses côtés, quelques lignes au-dessus l'une de l'autre. Les parois de ce canal étaient pâles dans toute leur longueur, surtout au niveau des déchirures. Le médiastin contigu, déchiré en forme de fente d'un pouce et demi de long, avait laissé épancher dans la plèvre gauche quatre ou six onces d'un liquide sanguinolent, mêlées de matières semblables à celles qui étaient rejetées par les vomissemens, et dont il ne restait qu'une très-petite quantité dans l'estomac.

Le péricarde contenait une demi-once environ de sérosité. La partie postérieure du poumon droit présentait un léger engorgement sanguin.

Abdomen. Tous les organes contenus dans cette cavité présentaient l'état normal. Les intestins ne contenaient pas un seul ver.

Remarque. Les vomissemens, la douleur de tête, les cris et les mouvemens convulsifs du début, et, lorsque je vis la malade l'extrême dilatation des pupilles, l'expression de stupeur de la face, l'absence de connaissance, formaient une réunion de symptômes bien propres à faire croire à l'existence d'une arachnitis. Je me persuadai d'autant plus volontiers en avoir rencontré une que, depuis mon séjour dans la colonie, j'avais déjà vu plusieurs phlegmasies des méninges, produites par une longue exposition au soleil, comme l'avait subie ma petite malade. Ces réflexions éloignaient de mon esprit toute idée d'un

épanchement de sang, qu'écartait encore la considération de sa rareté extrême chez les enfans. A peine en cite-t-on un petit nombre d'exemples, tels que l'observation de T.-H. Greenhow, intitulée : *apoplexie sanguine chez un enfant de deux ans* (1), et l'*apoplexie veineuse* observée par M. Filassier sur un enfant de huit ans (2). Cependant c'était bien une hémorrhagie, et une hémorrhagie à l'intérieur de l'arachnoïde, qui avait produit les graves symptômes dont je croyais le point de départ tout autre; car ici l'épanchement situé entre le crâne et la dure-mère, que j'ai pu ailleurs considérer comme cause de convulsions (3), ne paraît pas avoir exercé la principale influence sur leur développement. Il peut tout au plus être cité comme indiquant l'énergie du molimen hémorrhagique chez notre malade. Au reste, qu'il ait ou non contribué beaucoup à la production des mouvemens convulsifs observés pendant tout le cours de la maladie, leur violence a toujours été extrême, puisque c'est évidemment à elle qu'il faut attribuer la rupture de l'œsophage, de cet organe si résistant, que les cas où on l'a vu se déchirer à l'état sain, ne sont peut-être pas au nombre de plus de deux (4). Toutes les autres ruptures paraissent avoir été la suite d'une altération organique de son tissu (5).

---

(1) *Bib. méd.*, octobre 1822, p. 122.

(2) *Journ. hebd. de méd.*, mai 1829, p. 201.

(3) Voyez obs. XIII, p. 46.

(4) Boerhaave, *morbi non descripti prius historia.* — Dessault, *Journal de chirurgie*, t. II, p. 305, d'après le journal de Baldinger.

(5) Il paraît bien prouvé par les réflexions de M. Mondière (*a*),

(*a*) *Recherches sur l'inflamm. de l'œsophage, Diss. inaug.*, 1829, n° 118, p. 32.

L'inspection anatomique qui vient de nous donner une explication très-satisfaisante des accidens observés pendant la vie, ne nous éclaire en rien sur la source précise de l'hémorrhagie de l'arachnoïde. Effectivement, j'ai cherché partout, notamment au voisinage du caillot qui paraissait avoir pénétré de l'extérieur, dans le quatrième et troisième ventricule, les vaisseaux par où le sang avait pu s'échapper, sans être arrivé à les découvrir. J'insiste sur ce fait, parce que les recherches de plusieurs observateurs ont été, en pareille circonstance, aussi infructueuses que les miennes. M. Serres, jusqu'à présent, est seul parvenu à toujours découvrir le vaisseau déchiré (1), à l'exception peut-être d'un seul cas, où il paraît lui avoir échappé (2). Or, il est bon que les médecins connaissent les résultats auxquels cet habile anatomiste est parvenu, afin de chercher à rivaliser d'adresse avec lui.

---

que la perforation de l'œsophage, observée par M. Guersent (*a*), était la suite d'un ramollissement, et qu'il en serait de même pour deux autres cas recueillis par M. Léveillé (*b*), et pour celui qu'a publié M. Serres (*c*). M. Mondière attribue aussi au ramollissement, et avec raison, ce me semble, deux autres cas de perforation de l'œsophage décrits par M. Bouillaud (*d*).

(1) *Annuaire méd. chir. des hôpitaux, etc.*, p. 293 et 323.

(2) *Op. cit.* p. 302, obs. XX.

(*a*) *Bul. de la Fac. de méd., etc.*, an 1807, p. 73.

(*b*) *Arch. gén. de méd.*, t. II, p. 463.

(*c*) *Revue méd.*, t. X, p. 166.

(*d*) Même recueil, t. 1er, p. 531.

QUATRE-VINGT-HUITIÈME OBSERVATION.

Exhalation de sang à l'intérieur de l'arachnoïde externe (1).

« Un gentleman, âgé d'environ soixante-trois ans, grand et fluet, d'une vie réglée, fut pris d'apoplexie dans la matinée du 2 mai 1822. Promptement soulagé par la saignée, il passa bien le reste de la journée, et le lendemain 3 il paraissait entièrement rétabli. Cependant, vers les deux heures du soir, il fut pris d'une nouvelle attaque, fut de nouveau saigné, mais sans être rappelé à la connaissance. Il fut vu par le docteur Barlow, et tous les remèdes usités furent employés sans succès.

» Le 4, le coma existait encore, et il continua jusqu'à dix heures du soir, où la connaissance revint pendant un court intervalle de temps. Le 5, il y eut encore retour de la connaissance pendant environ trois heures, et dans la soirée, pendant un quart-d'heure. Le 6, la connaissance reparut également durant une heure et demie; mais presque toute la journée du 7 se passa dans le coma.

» Le 8 au matin, la connaissance revint un peu, et, le soir, se montra pendant plusieurs heures. Durant toutes ces vicissitudes, les évacuations alvines furent faciles; le pouls resta plein vers soixante-douze, et l'on n'observa de paralysie sur aucun membre.

» Le 9, le malade, qui était plongé dans la léthargie, ayant un peu de stupeur, se trouva beaucoup soulagé

(1) Abercrombie, *Pathological and practical researches, etc.*, p. 236 et suiv.

après l'effet d'un purgatif; il passa une nuit calme, et, le 10 au matin, avait pleinement sa connaissance. On observa alors, pour la première fois, qu'il avait perdu la vue de l'œil droit, lequel se tournait en dehors. Le 11, il resta constamment les yeux fermés; néanmoins, il prit de la nourriture, et répondit sensément aux questions qu'on lui adressait.

» Le 12, il était léthargique, mais répondant à propos quand on le réveillait; et cet état continua jusqu'au 13. Dans la soirée de ce jour, il y eut augmentation de la stupeur, accompagnée de gêne dans la déglutition. Le malade éprouva encore un peu de soulagement après l'application des sangsues, l'effet d'un purgatif, et un vésicatoire à la nuque; mais ce mieux ne se soutint pas. Le coma alla graduellement en augmentant, et la mort survint le 16.

» *Ouverture du cadavre.*

» *Habitude extérieure.* Rien d'indiqué.

» *Crâne.* On trouva sur la surface du cerveau une abondante extravasation de sang, adhérant assez fortement à la dure-mère, et qu'on en détachait comme une membrane. La substance du cerveau était à l'état naturel. Les ventricules ne contenaient aucun épanchement. »

Remarques. Malgré sa ressemblance avec l'apoplexie, le cas précédent pouvait sans doute en être distingué par la disparition momentanée, et plusieurs fois répétée, des accidens, pendant le cours de la maladie. La même considération devait faire rejeter l'idée d'une arachnitis, alors que l'absence de contracture montrait qu'on n'avait point affaire à un ramollissement de l'encéphale. Restait donc, en procédant par

voie d'exclusion, l'hypothèse de l'hémorrhagie par exhalation, que l'ouverture du cadavre a fait connaître. C'est ainsi qu'on peut concevoir la possibilité de diagnostiquer, sinon avec certitude, au moins d'arriver à présumer d'une façon très-probable, l'existence de cette affection, quand elle suit une marche aiguë; car lorsqu'elle s'opère avec lenteur, on n'a, comme nous l'avons vu, aucun moyen de la distinguer d'une foule d'affections chroniques fort variées de l'encéphale (1).

Trop rarement observée, sous la dernière comme sous la première forme, pour pouvoir être l'objet d'une description exacte, elle a cependant été vue à des époques assez éloignées de l'instant où elle s'était effectuée, pour qu'on ait pu constater plusieurs fois l'existence, à sa suite, d'un travail de résorption plus ou moins avancé. Entre autres exemples de ce genre, vient s'offrir l'observation d'Abercrombie, où nous avons vu du sang épanché depuis peu de jours, déjà réduit considérablement de volume par sa transformation en une membrane mince et résistante. De là à la disparition complète de l'épanchement, il n'y a que des degrés plus avancés dans une opération dont nous voyons le commencement. C'est par conséquent admettre une opinion suggérée par l'observation directe et conforme, d'ailleurs, à ce qui se passe dans les autres membranes séreuses, que de regarder le sang épanché dans l'arachnoïde comme susceptible d'être quelquefois entièrement résorbé. On voit,

---

(1) *Voy*. p. 267 de ces *Recherches*, obs. LXIV; voyez aussi Calmeil, Épanchement formant un gros coagulum, *Recherc. sur la paral.*, *etc.*, p. 234 et 240. — Hogdson, épanchement de sang effectué à deux reprises. *Maladies des artères et des veines*, *etc.*, p. 36.

dès-lors, comment il peut se faire que des sujets qui ont anciennement éprouvé tous les symptômes d'une apoplexie, n'en présentent aucune trace à l'autopsie. Il suffit pour cela que, chez eux, l'arachnoïde extérieure, ou celle des ventricules ait été le siége d'une exhalation de sang effectuée de manière à produire la paralysie, et néanmoins, en quantité telle, que son entière résorption reste encore possible.

QUATRE-VINGT-NEUVIÈME OBSERVATION.

Exhalation de sang dans l'arachnoïde, survenue pendant le cours d'une fièvre continue.

Germain (Jeannette), âgée de neuf ans, d'un tempérament sanguin-lymphatique, a été prise, le 10 avril 1811, d'un frisson assez fort, avec vive douleur de tête, chaleur ensuite, sans sueur. Le lendemain, continuation de la douleur de tête, chaleur, soif, quelques coliques et du dévoiement. Le père de cette petite fille, qui ne la croyait pas malade, lui donne des coups, dont elle conservait encore des marques sur les bras lors de son entrée à la maison de Santé du faubourg Saint-Martin. Cette correction brutale n'empêcha pas la maladie de suivre son cours, et dès le 14 il survint un peu de somnolence; il se manifesta aussi un peu de délire par intervalle. Le 15, jour de l'entrée, la malade avait le pouls fréquent, la peau chaude, parfois du délire, avec tendance habituelle à l'assoupissement. Elle disait seulement souffrir du bras contus. La langue était nette, la soif assez prononcée.

Le 16, pouls, cent vingt; langue nette et rouge,

soif assez forte. Même assoupissement. (*Demi-jul. nit. dulc.; org.*)

Du 17 au 21, la langue devient blanche et humide, l'assoupissement persiste, et le délire continue à se montrer, surtout pendant la nuit. Il y a de trois à quatre selles par jour. Le pouls s'élève à cent trente. Au milieu de tout cela, la malade n'a aucune douleur: elle demande à manger et à s'en aller. (*Demi-jul. nit. dulc. ext. kk.* ℈ *ij.*)

Le 22, délire, agitation toute la nuit. La malade veut à chaque instant sortir de son lit. Plusieurs selles. (*Mxt. kk.; nit. dulc.; trois lav. kk. laud.* xij gtt.)

Le 23, continuation des mêmes symptômes; de plus, tremblement dans les bras pendant environ deux heures: pouls, cent trente-deux; bouche saignante, soif. Sept selles. (*Limo. muriat.; mxt. kk.; trois lav. kk. laud.*, xij gtt. *camph.* gr. xv; *nit. dulc.*)

Le 24, mêmes symptômes. Délire continu, cris et agitation toute la nuit. Le 25 au matin, un peu de calme: pouls, cent trente-six. (*Mxt. kk. liqueur Hoff.* ℈*ij; limo. muriat.* ℈*ij; nit. dulc.; sinap.*)

Du 25 au 27, les cris se changent en plaintes continues; la langue devient sèche et noire, les dents fuligineuses; il y a toujours un peu de diarrhée, mais le ventre reste souple. (*Mxt. kk., liq. Hoff.* ℈*ij; limo. muriat.* ℈*ij; nit. dulc.; trois lav., kk. camph.* gr. xv.)

Après une apparence de mieux, et quelque peu de calme, le 28 et les jours suivans, les mêmes accidens reparaissent. Du 1er au 2 mai, il survient de la toux pendant trois ou quatre jours; la langue se sèche de nouveau et devient visqueuse. Vers le 4, au délire

et à l'agitation, succèdent le calme de l'affaiblissement; la connaissance ne se rétablit pas, le pouls reste toujours à cent trente-deux et s'affaiblit. (*Même prescript.*)

Le 6, abattement, assoupissement presque continuels, et par intervalles quelques cris; dents fuligineuses; continuation d'un peu de diarrhée. Le 7, la faiblesse est très-grande, la malade ne peut sortir la langue de la bouche. La mort arrive dans la nuit, sans être précédée d'aucun accident remarquable.

Ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. Corps émacié, n'offrant du reste rien de remarquable.

Tête. Les vaisseaux de la dure-mère ne contenaient qu'une médiocre quantité de sang. Sur l'hémisphère gauche du cerveau, en dehors et en arrière, se trouvait un caillot de sang noirâtre, de quatre pouces de surface, et du poids de quatre onces environ, qui déprimait la portion du cerveau avec laquelle il se trouvait en contact, et avait rougi assez fortement toute l'épaisseur de la substance corticale correspondante. Par sa surface externe, ce caillot adhérait à l'arachnoïde de la dure-mère, au moyen d'une couche rougeâtre plus dense, d'une ligne environ d'épaisseur, qui se prolongeait en s'amincissant graduellement jusque dans les fosses temporales postérieures et moyennes. La substance propre de l'encéphale était un peu molle. Je n'ai pu apercevoir aucun vaisseau rompu.

Le crâne seul a été ouvert.

Remarques. La rougeur, la viscosité, la sécheresse, la noirceur de la langue, plus ou moins prononcées, durant à peu près tout le cours de la maladie à laquelle a succombé Germain, et bien plus encore la légère diarrhée qui, pendant le même temps, n'a presque pas eu d'interruption, pourraient bien avoir été le résultat d'une affection intestinale. Sous ce rapport, il est à regretter que l'abdomen n'ait pas été ouvert. Cependant, quel qu'eût été le genre de lésion trouvée à l'ouverture de cette cavité, le rôle principal dans la production des symptômes n'en serait, sans doute, pas moins resté à l'hémorrhagie arachnoïdienne; seulement sa part d'action eût été plus exactement connue. Heureusement on peut encore, en l'absence de cette donnée, reconnaître une corrélation incontestable entre les symptômes observés pendant la vie, et la nature du sang épanché.

Ainsi, le 23 avril, à la suite d'une nuit fort agitée, la malade éprouva, pendant près de deux heures, un tremblement des bras qui ne s'est plus renouvelé depuis. Nul doute que ce ne soit là l'époque où s'est opéré le premier épanchement, celui qui formait une couche adhérente à l'arachnoïde de la dure-mère. L'exhalation du sang s'étant ensuite arrêtée pendant quelques jours, il y eut un mieux assez apparent, qui se dissipa le 1[er] mai. Alors survint le second épanchement, celui dont le sang étaient en caillots noirâtres.

Telle est, ce me semble, la manière dont les choses se sont réellement passées, car rien n'autorise à croire la première hémorrhagie antérieure à l'entrée de la malade à la maison de Santé, et à la faire dater du jour où la pauvre enfant fut si cruellement maltraitée

par son père. En effet, comme il y a eu depuis lors deux périodes de recrudescence dans les symptômes, il faudrait, pour les expliquer toutes dans cette supposition, avoir trouvé du sang de trois *âges*, et nous n'en avons vu que de deux. D'ailleurs, si des coups capables de produire immédiatement une hémorrhagie intérieure, eussent été portés sur la tête, l'ouverture du cadavre aurait probablement montré sur cette partie des traces de contusion qui, bien assurément, ne s'y trouvaient pas. L'hémorrhagie renouvelée une fois, que nous présente le cas actuel, est donc indépendante de toute action extérieure.

CHAPITRE III.

DU SIÉGE DE L'APOPLEXIE, ET DES INDUCTIONS A EN TIRER TOUCHANT LE SYSTÈME DE GALL.

Habitués en quelque sorte, d'âge en âge, à attribuer tous les symptômes dont ils formaient le genre apoplexie, à une cause toujours la même dans son essence, les médecins les plus judicieux semblaient avoir pris à tâche de subordonner à cette hypothèse, et d'expliquer d'après elle seule, l'influence de toutes les lésions anatomiques qu'ils découvraient à l'autopsie des sujets morts apoplectiques. Par-là ils en étaient arrivés, comme nous l'avons vu (1), à méconnaître la dépendance directe de causalité, qu'avec un esprit moins prévenu ils auraient découvert exister entre les désordres fonctionnels et certaines lésions organiques. Wepfer lui-même, malgré la haute portée de son jugement, n'a pas pu apercevoir la fausseté des idées dominantes de son temps : il les a complétement adoptées. La preuve s'en trouve dans les recherches, et bien plus encore dans les explications auxquelles il s'est livré pour déterminer le siége de l'apoplexie. En effet, après avoir longuement combattu l'opinion de Galien, qui faisait dépendre cette maladie de l'*opplétion* subite des ventricules par une humeur froide, visqueuse et épaisse; après avoir vic-

(1) Voyez la préface.

torieusement démontré, contre Riolan, que ces cavités ne sont pas les organes séparateurs des esprits animaux, et examiné la plupart des théories élevées sur l'objet de sa discussion, il finit par se résumer ainsi : « De toutes les causes de l'apoplexie, il ne nous reste plus que celles qui peuvent en même temps empêcher les esprits vitaux d'arriver dans la substance médullaire, et les esprits animaux d'en sortir. Tel sera l'effet du sang extravasé abondamment dans le crâne, ou de la sérosité épanchée dans les ventricules ou entre les méninges.

» Puis donc que l'apoplexie arrive, parce que le cerveau et le cervelet sont privés de l'influx des esprits vitaux, ou bien parce que les canaux qui, de ces parties, doivent transmettre les esprits animaux à tout le reste du corps, sont obstrués ou comprimés, j'en conclus que le lieu, à proprement parler, affecté dans l'apoplexie, est la substance médullaire de ces deux organes, sur laquelle s'exerce la totalité ou la plus grande partie de l'action des causes mentionnées plus haut (1). » Ainsi, on voit qu'il finit par admettre une

(1) Ex causis apoplexiæ supersunt, quæ unâ eâdemque operâ spiritus vitales aditu ad medullosum corpus, et animales exitu prohibent.

Quod solum *sanguis* intrà cranium copiosè extravasatus et *serum* abundantissime in ventriculis et spatio inter meninges collectum, præstabunt....

Cum ergo apoplexia fit medulloso corpore cerebri et cerebelli, vel spirituum vitalium inflexu privato, vel ejus meatibus, qui spirituum animalium viæ sunt, aut obstructis aut compressis, in apoplexiâ, locum affectum, propriè sic dictum, concludo esse medullosam utriusque substantiam, undique causarum nominatarum vim vel certe maximam partem, experientem. *Historiæ apop., de loco aff. in apop. exerc. med.*, p. 232.

apoplexie sanguine et une apoplexie séreuse, quoiqu'il n'emploie ni l'un ni l'autre de ces termes.

L'observation ne permet point d'adopter une théorie qui commence par attribuer à des causes aussi différentes, qu'un épanchement de sang, et un épanchement de sérosité, la faculté de produire des effets absolument identiques, et finit par leur donner pour unique point de départ une simple compression du tissu médullaire encéphalique. En effet, à n'examiner le système Wepférien que sous ce dernier point de vue, nous voyons que, dans l'apoplexie, il y a, en outre de la compression, une véritable déchirure de la substance médullaire, et que si cette substance est plus souvent atteinte par l'hémorrhagie que la corticale, celle-ci est pourtant bien loin de ne jamais en être affectée. D'ailleurs, il y a dans cette manière d'étendre le siége d'une maladie à toute une portion du système nerveux, sans lui assigner d'autre limite, comme l'a fait depuis Van Swieten (1), un vague, en opposition directe avec le véritable esprit de l'anatomie pathologique qui s'efforce, non-seulement de découvrir l'organe malade, mais encore le point affecté de cet organe. Morgagni l'a senti parfaitement; car, bien qu'imbu des mêmes idées systématiques que Wepfer, il les a néanmoins entièrement mises de côté dans l'étude des faits de détail. Il est ainsi arrivé à des résultats, dont l'importance, méconnue pendant longues années, est enfin appréciée à sa juste valeur. Ses travaux ont montré comment

---

(1) Locus verò affectus in apoplexiâ exquisitâ, est totum sensorium commune; in paraplexia verò ejus quædam pars præ cæteris, reliquis quodammodo, sed tamen minus pressis, cerebello ut plurimum, in initio illeso. *Comm. in aph. Boerhaavii*, §. 1013.

on devait aller à la recherche du siége de l'apoplexie; et, malgré de récens et très-réels progrès, ils comptent encore pour beaucoup dans ce que nous savons sur cette matière. Je crois par conséquent à propos, avant tout, de les rappeler avec quelque étendue. Je ferai ensuite connaître les nouvelles acquisitions de la science; puis j'examinerai ce que l'ensemble de ces faits peut jeter de lumière sur le système de Gall.

§. 1er. Du siége de l'apoplexie, suivant Morgagni.

« Peut-être, dit Morgagni, avez-vous encore plusieurs choses à me demander, et sans doute celles-ci : 1° Comment se fait-il que, dans presque tous les exemples que je viens de citer, soit d'après l'expérience de Valsalva, la mienne ou celle des autres, sans en excepter les deux observations rapportées dans la lettre XIIIe, et dans tous les autres cas où les cavernes contre nature (siége de l'épanchement du sang), sont indiquées de manière à les faire évidemment reconnaître, on les ait toujours rencontrées dans les corps striés ou dans les couches des nerfs optiques, dans l'une et l'autre de ces parties ou dans leur voisinage, quelquefois encore dans toutes les deux, mais alors avec lacération ou perforation de l'une d'elles? 2° Pourquoi n'a-t-on trouvé qu'une seule fois, suivant Wepfer (1), une affection de cette nature dans la partie antérieure de l'hémisphère, et jamais dans la postérieure? 3° Enfin, comment s'est-il fait que, dans quinze exemples de pareilles altérations, elles se soient présentées dix fois à droite, deux fois des deux côtés, et trois fois seulement à gauche?

---

(1) *Sepulcretum*. Boneti, sect. 2, obs. XVIII.

» Si le hasard n'est que pour une très-petite part dans la production de ces effets, ce qui au premier coup d'œil semble assez probable, une longue suite d'observations bien faites en montrera le retour constant; et alors il faudra en chercher les causes dans la structure du cerveau ou dans le mode de distribution de ses derniers vaisseaux; comme si, par exemple, on les trouvait plus nombreux et d'un plus grand diamètre dans le voisinage des parties que nous venons de citer. Ainsi, il m'est arrivé quelquefois, en coupant horizontalement de haut en bas le corps strié par tranches minces, de rencontrer dans sa partie externe et antérieure une espèce de petite fosse traversée par un vaisseau sanguin très-remarquable; ailleurs, en le coupant peu à peu et obliquement, de voir dans ce même côté plusieurs filets rouges, parallèles, bien évidemment vasculaires, et plus gros que dans tout autre endroit du cerveau. A ces causes, on peut ajouter le peu d'appui que ces vaisseaux trouvent dans les corps striés, par le fait du vide des ventricules.

» Lorsque, par de semblables données, vous aurez obtenu la solution des deux premières questions, vous pourrez aisément trouver celle de la troisième, en réfléchissant que les membres droits étant plus fortement exercés que les gauches, non-seulement les vaisseaux de ces membres, mais aussi ceux de toutes les parties situées à droite, sont, par un certain *consensus*, exposés à supporter des efforts, et à être distendus d'une manière spéciale (1). »

---

(1) *De sed. et caus. morb.*, *Epist. anat. med.* III, *art.* 18.

§. II. Recherches des modernes sur le siége de l'apoplexie.

Si quelques-unes des assertions de Morgagni sur le siége de l'apoplexie, ne sont point exemptes d'erreur, cela n'empêche pas que les autres, en beaucoup plus grand nombre, ne soient l'expression fidèle et vraie de faits très-importans à connaître. Il sera facile de s'en convaincre en jetant un coup d'œil sur les tableaux ci-après, dont les deux premiers reposent sur mes propres observations, grossies de celles des auteurs, consignées dans cet ouvrage, et le troisième appartient à M. Andral. Le premier de ces tableaux indique dans quelle portion du système nerveux cérébro-spinal se trouve l'épanchement de sang, et s'il s'est effectué à droite, à gauche ou des deux côtés à la fois. Les deux autres font simplement connaître la partie affectée par l'épanchement, sans distinction de côté.

I

Ier TABLEAU. *Indication du siége de l'hémorrhagie, suivant les côtés et les portions des centres nerveux qu'elle affecte.*

COTÉ GAUCHE.	CERVEAU.......	Dans l'intérieur du corps strié.	11	
		Entre le corps strié et la couche optique. .	1	
		Dans la couche optique	1	
		Dans la partie moyenne de l'hémisphère hors du ventricule	4	
		Dans la partie postérieure de l'hémisphère.	2	
		Dans la partie postérieure de l'hémisphère communiquant avec le ventricule. . . .	1	
		Dans la partie antérieure et interne de l'hémisphère (lobule)	1	
		Dans le lobe moyen	1	
			22	ci... 22
	CERVELET.....	Dans le lobe latéral.	2	ci... 2
		A reporter		24

		D'autre part.			24
COTÉ DROIT.	CERVEAU	Dans l'intérieur du corps strié.	6		
		Dans la partie externe du corps strié. . . .	1		
		Dans la partie moyenne de l'hémisphère.	4		
		Sous le corps strié.	3		
		Dans la couche optique.	1		
		Dans la couche optique communiquant avec le ventricule.	1		
		Dans la partie postérieure de l'hémisphère hors du ventricule.	2		
		Dans la partie postérieure de l'hémisphère communiquant avec le ventricule. . . .	4		
			22	ci...	22
	CERVELET	Dans le lobe latéral.	2	ci...	2
DES DEUX COTÉS A LA FOIS.	CERVEAU	Dans les deux hémisphères, principalement le droit	2		
		Dans les corps striés également	2		
		Dans la partie antérieure et interne des hémisphères.	1		
		Dans le corps strié droit et la couche optique gauche	1		
		Dans le corps strié droit et la partie interne et postérieure du ventricule gauche. . .	1		
		Dans la partie postérieure des hémisphères communiquant avec les ventricules.	1		
			8	ci...	8
	CERVELET	Les lobes	2	ci...	2
	PROTUBÉRANCE ANNULAIRE.	Dans le centre de la protubérance	2		
		Dans la protubérance s'étendant à la couche optique gauche.	1		
			3	ci...	3
	MOELLE ÉPINIÈRE	. . . .	4	ci...	4
					68

II° TABLEAU. *Indication du siége de l'hémorrhagie, sans distinction de côté.*

1° Dans le corps strié, la couche optique, et le voisinage de ces parties. . . .	Dans le corps strié.	25		
	Dans la couche optique	3		
	Dans le corps strié et la couche optique. .	1		
	Sous le corps strié.	1		
		30	ci...	30
	A reporter.			30

		D'autre part.....			30
CERVEAU.	2° Dans diverses parties du cerveau......	Dans la partie moyenne des hémisphères. .	7		
		Dans la partie postérieure de l'hémisphère, avec déchirure des ventricules	6		
		Dans la partie postérieure de l'hémisphère.	2		
		Dans l'hémisphère en dedans et en arrière.	3		
		Dans les hémisphères en dedans et en avant.	2		
		Dans la partie moyenne des hémisphères, avec déchirure des ventricules	1		
		Dans le lobe moyen.	1		
			22	ci...	22
	CERVELET...	Les lobes latéraux.	6	ci...	6
	PROTUBERANCE ANNULAIRE.	Dans le centre de la protubérance.	2		
		Dans la protubérance s'étendant jusque dans la couche optique..	1		
			3	ci...	3
	MOELLE ÉPINIÈRE.		4	ci...	4
					65

Les deux tableaux précédens contiennent trop peu d'exemples d'hémorrhagies effectuées ailleurs que dans le cerveau, pour que je puisse m'occuper d'elles avant d'avoir produit un troisième tableau qui les montrera en plus grand nombre; mais ils reposent sur assez de faits relativement à l'hémorrhagie cérébrale, pour me permettre d'aborder dès à présent, les questions qu'on peut agiter à l'égard de son siége.

Morgagni s'était évidemment trop pressé d'accéder à l'opinion de Wepfer, sur la fréquence plus grande des hémorrhagies dans la partie antérieure que dans la partie postérieure des hémisphères cérébraux, puisque les faits sont en faveur de l'opinion opposée, comme on le voit par les tableaux ci-dessus. Il pourrait bien aussi n'être pas très-fondé à dire que le côté droit est plus fréquemment que le gauche le siége des épanchemens de sang, car le relevé dont il appuie cette assertion porte sur un trop petit nombre de cas, pour qu'on puisse y reconnaître une loi de

l'économie vivante, et tendrait d'ailleurs à établir, relativement au côté droit, une proportion évidemment exagérée : celle de trois hémorrhagies contre une du côté gauche.

Au lieu de cela, notre premier tableau en montre autant d'un côté que de l'autre (1). Cependant il pourrait bien se faire que des observations ultérieures plus nombreuses changeassent quelque chose à cette égalité. En effet, à considérer l'influence de la pesanteur sur la circulation du sang (2), on peut raisonnablement croire que l'habitude de dormir à droite, contractée par la plupart des hommes, dispose particulièrement l'hémisphère droit du cerveau à l'hémorrhagie par rupture (3). Au reste, un fait bien plus important à connaître, et surtout bien plus facile à vérifier, est sa prédilection pour le corps strié (4), la couche optique et les portions immédiatement environnantes du cerveau. D'après notre relevé, elle est

---

(1) Suivant Nymman, la paralysie frappe aussi souvent un côté du corps que l'autre. *De apoplexiâ tractatus*, p. 197.

(2) Bourdon, *Essais sur l'influence de la pesanteur, etc.*; *Bib. méd.*, février 1820, p. 26. — Portal, qui croyait aussi à la plus grande fréquence de l'apoplexie du coté droit, l'expliquait par la plus grande force avec laquelle le sang serait lancé dans la carotide droite (*a*). Les expériences très-bien faites de M. Poisseul ne permettent guère de croire qu'il y ait une différence sensible dans la force avec laquelle le sang parcourt l'une et l'autre carotide (*b*).

(3) *Paralysis ab apoplexiâ, in dextro latere rarius.* De Haën, *Rat. med.*, pars 3ᵉ, p. 225.

(4) Suivant M. Cruveilhier, l'hémorrhagie serait plus fréquente dans la partie antérieure du corps strié que dans toute autre portion de cet organe (*c*).

(*a*) *Observations sur la nature et le traitement de l'apoplexie*, p. 163.

(*b*) *Recherches sur la force du cœur aortique*, *Diss. inaug.*, août 1828, p. 37.

(*c*) *Dict. de méd. prat.*, t. III, p. 206.

telle, que plus de la moitié de toutes les hémorrhagies a eu lieu dans ce petit espace de la pulpe cérébrale. A cet égard, la complète confirmation des observations de Morgagni, nous force à reconnaître qu'une organisation primordiale particulière, dont nous pouvons quelquefois constater l'existence le scalpel à la main, fait que, toutes choses égales d'ailleurs, l'hémorrhagie affecte certaines portions du cerveau, plutôt que d'autres. D'où nous pouvons hardiment conclure, quand nous la voyons s'écarter de son siége habituel, que des portions du tissu nerveux, naturellement plus résistantes que le corps strié ou la couche optique, le sont devenues moins, par suite du ramollissement hémorrhagipare, dont l'influence, déjà suffisamment établie (1), reçoit ici un surcroît de démonstration.

Tel était à peu près le point où les recherches d'anatomie pathologique s'étaient arrêtées, lorsque M. Andral publia, sur le siége de l'hémorrhagie, considérée dans les diverses parties du système nerveux cérébro-spinal, le relevé que voici. C'est le plus complet de ceux qui ont pour objet la même matière (2).

IIIe Tableau. *Siége de l'hémorrhagie considéré dans les diverses parties de l'axe cérébro-spinal.*

Dans la partie des hémisphères cérébraux située au niveau des corps striés et des couches optiques, et à la fois dans ces deux corps	202
Dans les corps striés	61
Dans les couches optiques	35
Dans la portion des hémisphères située au-dessus du centre oval de Vieussens	27
A reporter.	325

(1) Voyez p. 153 à 159 de ces *Recherches*.

(2) *Précis d'anatomie pathologique*, t. II, p. 759.

D'autre part....	325
Dans les lobes latéraux du cervelet	16
Au-devant des corps striés	10
Dans le mésocéphale	9
Dans la moelle épinière	8
Derrière les couches optiques (lobe postérieur) . . .	7
Dans le lobe médian du cervelet	5
Dans les pédoncules du cerveau	3
Dans les pédoncules du cervelet	1
Dans les éminences olivaires	1
Dans la glande pituitaire	1
Dans les parties blanches centrales (1)	0
	386

M. Andral ayant, comme on voit, négligé d'indiquer le côté affecté, je n'essayerai pas de suppléer à son silence sur ce point. Je ne m'arrêterai pas non plus à faire ressortir le rapport de fréquence de l'hémorrhagie, relativement aux divers points des centres nerveux qui peuvent en être le siége : les chiffres, à cet égard, parlent d'eux-mêmes, et n'ont pas besoin de commentaires. Mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer qu'en plaçant le siége de l'apoplexie dans le corps calleux, Willis s'était mis, autant que possible, en opposition avec la vérité (2). Je dois également signaler l'accord qui règne entre le relevé de M. Andral, les observations de Morgagni et les miennes, par rapport à la disposition très-grande du

(1) Depuis la publication du *Précis d'anatomie pathologique*, MM. Quesne et Montault ont eu occasion d'observer un cas d'apoplexie avec présence d'un caillot de sang dans les lames de la cloison transparente. Mais la description succincte de ce fait ne permet pas de reconnaître si le sang s'était vraiment épanché dans la cloison, ou s'il y était venu d'une partie voisine, ce qui me semble le plus probable. Voyez *Compte rendu des travaux de la Soc. anat.*, 1830, p. 13.

(2) Pars 2ª pathologica, *sive de morbis*, p. 372.

corps strié, de la couche optique et des parties circonvoisines, à donner lieu aux déchirures hémorrhagiques. Un autre fait tout aussi remarquable, c'est que, jusqu'à présent au moins, on n'a peut-être pas observé d'apoplexie dans les parties centrales du cerveau, qui cependant sont encore assez souvent le siége du ramollissement inflammatoire. D'où il suit que, si la disposition très-grande que, d'après la remarque de M. Lallemand, les corps striés montrent à être affectés de ce ramollissement (1), semble le rapprocher de celui qui détermine l'hémorrhagie, il n'est plus permis d'admettre l'identité de nature de ces deux affections, en voyant les parties blanches centrales du cerveau n'être on peut dire jamais affectées d'hémorrhagie. Peut-on, en effet, raisonnablement regarder comme les mêmes, deux affections dont l'une respecte presque toujours certains organes, et l'autre les atteint très-fréquemment? Non, sans doute, et c'est là une nouvelle preuve à ajouter à celles qui nous ont déjà servi à établir une distinction, maintenant irrécusable, entre le ramollissement inflammatoire et le ramollissement hémorrhagipare (2).

Après avoir complété l'histoire anatomique de cette dernière affection, par l'étude détaillée des diverses parties qu'elle est susceptible d'atteindre, il nous resterait à déterminer jusqu'à quel point les différences de siége que nous lui trouvons à l'autopsie, peuvent, sur le vivant, être reconnues à quelque symptôme particulier. Depuis quelque temps, différens observateurs ont eu pour but d'éclairer cette importante

---

(1) *Recherches anatomico-pathol. sur l'enceph.*, lettre II, p. 215.

(2) Voyez p. 158 *de ces Recherches*.

question. Voyons où les ont conduits leurs louables efforts.

Des deux symptômes qui accompagnent constamment toute hémorrhagie un peu forte, ayant son siége dans une partie de l'encéphale, située au-dessus de la moelle alongée, et peut-être aussi dans la moelle alongée elle-même, savoir : la perte du sentiment et la paralysie, le premier ne se montre pas dans l'hémorrhagie de la moelle épinière, que l'on reconnaît à la seule paralysie complète, brusque et plus ou moins intense, de toutes les parties du corps situées au-dessus du point affecté par l'épanchement. Telle est, en général, la marche habituelle de ce genre d'affection, bien que, d'après la connaissance des fonctions départies à la portion antérieure et à la portion postérieure de la moelle, on dût s'attendre à observer, tantôt la perte de sensibilité ou de motilité, tantôt la paralysie latérale complète des parties situées au-dessous du foyer hémorrhagique, suivant qu'il se trouverait au devant, en arrière ou sur les côtés de l'axe spinal : mais ce cordon est d'un volume trop peu considérable, pour qu'une affection aiguë se limite exactement à une portion de son épaisseur, ou au moins n'irradie pas sur sa totalité, lors même qu'elle semble bornée à une partie de son volume. Cela fait que, sous le rapport de la paralysie, les choses se passent presque toujours comme si l'hémorrhagie affectait toute l'épaisseur de la moelle épinière. Aussi, tout ce qu'on peut savoir de plus précis sur son siége se réduit-il à en déterminer la hauteur d'aprés le point où commence la paralysie des membres (1).

---

(1) Dans les affections chroniques, les choses se passent pour l'ordinaire d'une manière différente; et il est alors souvent possible

Les symptômes produits par l'apoplexie spinale, et par conséquent les moyens d'en établir le diagnostic local, ne sauraient, on le voit, nous faire connaître avec précision, pendant la vie, toutes les variétés du siége de la lésion anatomique, faute de rapports *significatifs* avec chacune d'elles. Nous ne sommes guère plus avancés pour le siége précis de l'hémorrhagie encéphalique, duquel nous ne pouvons savoir autre chose, sinon qu'il se trouve dans une partie située au-dessus de la moelle alongée. Quant à déterminer avec certitude quelle est précisément cette partie, la chose n'est pas possible dans l'état actuel de la science. Il n'est, par malheur, que trop facile d'en fournir la preuve.

Nous avons vu en traitant de l'apoplexie de la protubérance annulaire (1), que ni la gravité de ses symptômes, ni aucun caractère spécial leur appartenant, ne pouvaient la faire reconnaître avec certitude (2). De même pour l'apoplexie du cervelet, soit qu'elle produise la paralysie directe ou la paralysie croisée, il est également impossible de la distinguer de l'hé-

---

de distinguer si c'est la partie latérale antérieure ou postérieure de la moelle qui est le siége du mal. *Dict. de méd.* en 20 vol., art. *Paralysie*, t. XVI, p. 163.

(1) Voyez p. 62 de ces *Recherches*.

(2) Au moment où M. Nonat imprimait que l'hémorrhagie de la protubérance annulaire produit toujours au moins la paralysie des deux membres supérieurs (*a*), j'observais une semblable hémorrhagie, dans laquelle ces membres furent pendant plusieurs heures le siége d'une rigidité comme tétanique, qui ne permettait au malade de les mouvoir que d'une manière convulsive. Par opposé, M. Baras recueillait presque en même temps un fait d'hémorrhagie dans la protubérance, qui ne donnait lieu à aucune espèce de rigidité des membres (*b*).

(*a*) *Lancette française*, 8 décembre 1832, p. 502.

(*b*) *Journ. hebd. de méd.*, avril 1833, p. 179.

rante avec l'affection de ces parties (1). MM. Cruveilhier, Piorry, Sandras, Duplay, Bérard et Belcher les ont également trouvées malades, sans que la parole en eût ressenti le moindre dérangement (2), tandis qu'elle s'était entièrement perdue chez des sujets dont les lobules n'avaient éprouvé aucune altération dans leur texture (3). Nombre de faits analogues se reproduisent chaque jour; et si le diagnostic des hémorrhagies encéphaliques se perfectionne, c'est en ce sens que nous apprenons à reconnaître comme inexactes des opinions auxquelles on avait accordé l'autorité de la chose démontrée. En résumé, distinguer l'hémorrhagie de la moelle d'avec l'hémorrhagie de l'encéphale, et, quant à celle-ci, s'aider de la connaissance des parties qu'elle affecte le plus ordinairement, pour en déterminer probablement le siége particulier, c'est tout ce qu'actuellement on peut faire au lit des malades.

Presque exclusivement occupés à chercher la corrélation qui peut exister entre les lésions des diverses parties du système nerveux cérébro-spinal, et les symptômes particuliers qu'ils les croyaient susceptibles de produire, les modernes ont attaché beaucoup moins d'importance à découvrir les rapports de causalité qui unissent les premières aux seconds, ou à savoir com-

(1) Voyez p. 17 *de ces Recherches*, obs. III. — Scip. Pinel, *Journ. de phys.*, octobre 1825, p. 351, cas analogue.

(2) *Nouv. Bib. méd.*, novembre 1825, p. 317 et suiv., obs. VI et VII.—*Journ. de phys.*, janv. 1829, p. 59.—*Compet. ad agreg.*, p. 29.—*Journ. hebd. de méd.*, mai 1829, p. 363. — *Compte rendu des travaux, etc.*, p. 7 et 8. — Lésion très-considérable de la partie antérieure du cerveau et des nerfs de la face, avec conservation de la parole et de l'intelligence, *Journ. hebdom. de méd.*, août 1830, p. 264.

(3) Cruveilhier, *Nouv. Bib. méd.*, novembre 1825, p. 305 et suiv., obs. II, III et IV.

ment les unes produisent les autres. Nos prédécesseurs, au contraire, ont étudié cette matière, sinon avec succès, au moins avec grand soin.

Tant que la théorie des esprits animaux a régné, c'était d'un arrêt survenu dans leur mouvement qu'on dérivait les symptômes les plus frappans de l'apoplexie. Plus tard, on les expliqua par la compression des centres nerveux; mais on lui fit jouer un rôle bien peu conforme avec les résultats de l'observation. Ainsi on vit, à l'imitation de beaucoup d'autres médecins, Lullier-Winslow prétendre qu'une cause comprimante, quelle qu'elle fût, agissait constamment de la même manière sur l'encéphale (1).

Il fallait, pour professer une pareille doctrine, être bien résolu à ne pas voir qu'en supposant, comme cela est vrai, quelque chose d'identique dans la compression, ses effets n'en doivent pas moins singulièrement varier, suivant la manière dont elle est produite, le genre de lésion qui lui donne lieu, le temps qu'elle met à s'établir, etc., comme le montre l'expérience de tous les jours. Quoi qu'il en soit, les idées déraisonnables qu'on s'était faites de son action contribuèrent probablement à amener, en sens opposé, une autre erreur, et l'on en vint à nier l'influence de la compression. Ainsi, Abercrombie la regarde comme entièrement étrangère à la production des symptômes de l'apoplexie, qui, à l'état simple, est pour lui une affection essentielle, c'est-à-dire indépendante de toute lésion organique (2). M. Serres a même cherché à prouver, par voie d'expériences, que la compression est incapable de déterminer la paralysie

(1) *Dictionnaire des sc. médic.*, t. II, art. *Apoplexie.*

(2) *Pathological and pratical researches, etc.*

tendement, mieux que ces citations ne portent à le croire. Leurs sculpteurs, par exemple, ont donné au front de certaines divinités des formes qu'il suffit d'avoir remarquées pour reconnaître la justesse de notre assertion, laquelle s'appuie d'ailleurs sur des textes formels (1). On peut aussi s'assurer en lisant Aristote, qu'il appréciait l'étendue, la portée de l'intelligence, d'après certaines formes de la tête (2). Depuis, nombre de médecins et d'anatomistes, guidés par les mêmes principes, en ont fait une application plus détaillée. Les uns, à l'exemple de Nymmann, ont prétendu qu'un grand développement de la partie antérieure du crâne annonçait une haute capacité (3). D'autres ont cru voir un indice de force physique et de mémoire dans le développement de la partie postérieure de la tête (4); d'accord, sur ce dernier point, avec Malacarme, qui donnait le cervelet pour siége à l'in-

(1) L'auteur du livre *De morbo sacro* s'est exprimé ainsi sur les fonctions du cerveau : « Hacque parte, præcipue sapimus et intelligimus, et videmus, et audimus, et turpia et honesta cognoscimus, malaque et bona, itemque quæ jucunda sunt et injucunda partim quidem consuetudine discernimus, partim verò utilitate percepimus. Hac etiam parte voluptates et molestias dignoscimus, etc. » *Edente* Foesio, p. 308.

(2) Quicumque autem habent magnum caput, sensati : referuntur ad canes. Aristote, *Opera omnia*, t. II, p. 754. *De Physiognomonia*.

(3) *Tract. de apoplexiâ*, p. 66.

(4) Zimmermann rapporte que le cerveau d'un Suisse qui savait toutes les langues était fort gros en arrière (*a*); et la fréquence des altérations du cervelet chez les idiots est très-propre à faire croire que la partie postérieure de l'encéphale n'est pas étrangère au grand phénomène de l'intelligence (*b*).

(*a*) *Traité de l'expérience*, t. III, p. 295.

(*b*) *Arch. gén. de méd.*, décembre 1824, p. 611.

telligence (1). Depuis long-temps, comme on voit, l'hypothèse qui attribue des fonctions différentes à diverses portions de l'encéphale tendait à s'accréditer. D'un autre côté, beaucoup d'observations d'une incontestable véracité semblaient venir à son appui. Ainsi Cuvier citait autrefois dans ses cours (2) l'exemple d'un homme qui avait perdu la mémoire des noms substantifs, en sorte qu'il construisait régulièrement et complétement une phrase, à cela près des mots de cette espèce qu'il ne pouvait trouver, et qu'il laissait en blanc, si je puis m'exprimer ainsi. Pareille chose était arrivée au professeur Broussonnet (3); et d'ailleurs, les cas analogues sont loin d'être rares (4).

Voilà bien, dira-t-on, la preuve qu'il existe dans le cerveau un lieu particulier où se conserve l'impression des noms substantifs. Mais qu'on y pense bien. Si on leur accorde une place particulière, il en faudrait aussi une pour chacune des autres parties du discours, pour chaque lettre de l'alphabet, pour les points et les virgules. Qui ne voit que cette conséquence nécessaire d'une première supposition conduit à admettre des cases à l'infini, ce qui, à vrai dire, est n'en pas admettre du tout. Si, malgré cela, on persistait à considérer les faits ci-dessus indiqués comme prouvant l'existence de portions du cerveau affectées à des fonctions spéciales, il faudrait aussi con-

---

(1) Nymmann, *Tract. de apoplexiâ.* — Voyez Tiédemann, *Anatomie du cerveau*, traduction de Jourdan, p. 177.

(2) *Leçons orales d'anat. comp. au Jardin-des-Plantes*, 1807.

(3) Louyer-Villermay, *Dict. des sc. méd.*, art. *Mémoire*, t. XXII, p. 315.

(4) Larrey, *Journ. de physiol. expér.*, janvier 1828, p. 1re et suivantes.

venir qu'ayant, pour la plupart, été recueillies sur des sujets dont les facultés intellectuelles avaient été notablement affaiblies par suite d'une lésion en apparence fort bornée, ils ne sauraient empêcher de reconnaître que l'exercice de ces mêmes facultés nécessite une action d'ensemble de tout l'encéphale. La vérité de notre assertion devient surtout évidente dans cet exemple si souvent cité, d'un homme qui perdit, après sa guérison, le grand développement d'intellect qu'avait produit chez lui un violent coup sur la tête (1). Elle n'est pas moins manifeste dans l'histoire de ce savant qui, à la suite d'un pareil coup, perdit pendant quelque temps tout-à-fait la mémoire, puis la recouvra graduellement, et, chose remarquable, vit son caractère, avant triste et morose, devenir gai et ouvert (2). Enfin, l'observation des effets de l'ivresse, de la stimulation que produit le café, etc., sont autant de faits où nous voyons toutes les parties de l'encéphale concourir à la production des phénomènes de l'entendement (3). Tel est le principe dont nous allons chercher à développer les conséquences.

L'état de veille est indispensable à la production de toute espèce d'acte intellectuel. C'est lui qui crée le sentiment de conscience, la sensation interne, le moi qui disparait et s'annihile complétement pen-

(1) Sanatus ad priorem simplicitatem rediit. Haller, *Élémens physiol., etc.*, t. IV, p. 294.

(2) *Arch. gén. de méd.*, avril 1829, p. 579.

(3) Abercrombie, *Anatomical and pratic. researches, etc.*, p. 285 à 287, rapporte, d'après Willis, un journal américain et sa propre observation, plusieurs cas très-propres à confirmer l'exactitude de notre manière d'envisager l'action de l'encéphale dans la production de la pensée.

dant le sommeil (1). Je n'essayerai pas d'expliquer comment le mouvement organique, purement matériel du réveil, en rétablissant chaque jour entre l'âme et le corps des rapports momentanément suspendus, nous rend ainsi à l'existence de conscience; il me suffit, pour raisonner d'après ce fait, qu'il soit incontestablement établi. Cela posé, il devient facile de constater que, dans tout phénomène du ressort de l'entendement, la sensation interne, le sentiment de conscience, le moi enfin est mu ou modifié, tantôt par les objets extérieurs, c'est la sensation proprement dite, tantôt par la volonté, tantôt par les passions.

Forcé d'être court, je mettrai de côté tout ce qui est relatif aux passions, me contentant de dire qu'ayant pour caractère d'éclater involontairement (2), elles ont souvent leur point de départ hors de l'encéphale, bien qu'elles ne se manifestent jamais sans une action quelconque de cet organe. Quant aux sensations, je rappellerai qu'elles ont pour cause déterminante une impression produite sur nos organes par les corps extérieurs, et ne méritent le nom de sensation que quand l'impression a été perçue, ou est parvenue au moi par l'intermédiaire d'un appareil nerveux faisant office de conducteur. Jusque-là, point de discussion à leur égard entre les philosophes actuels. Mais bientôt après ils commencent à différer d'opinion : les uns soutenant, à l'exemple de Condillac, que toutes nos connaissances viennent des sens, et sont proportionnées à la perfection apportée à l'exercice de ces

(1) On m'objectera peut-être que nous pensons durant nos rêves. J'en conviens; mais les rêves supposent un état de veille imparfait ou de sommeil incomplet.

(2) Haller, *Elem. physiol. corp. hum.*, t. IV, p. 525 à 527.

mêmes sens (1); les autres attribuant le développement ou l'acquisition des connaissances aux idées innées, ou au moins aux opérations de la conscience.

M. La Romiguière a employé deux volumes pour montrer que le concours des sensations et de l'action du sentiment intérieur était nécessaire pour arriver au savoir (2). C'est dépenser bien des pages à établir un fait facile à constater par l'expérience (3), et que les anciens, notamment Aristote, avaient très-exactement connu. Ce dernier, en effet, loin d'assurer, comme on le lui fait journellement dire, que *nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu*, dérive expressément la connaissance, d'une opération de l'intellect (4). En outre, il apprécie mieux qu'on ne l'avait fait depuis lors, excepté tout récemment (5), le rôle des sensations, en montrant que sans elles l'intelligence serait entièrement privée des matériaux sur lesquels elle doit s'exercer; ce qui nous laisserait sans aucune connaissance du monde extérieur (6). C'est

---

(1) *Essai sur l'origine des connaissances humaines.*

(2) *Leçons de philos., etc.*, 2 vol. in-8°.

(3) Un chien, un enfant, voient les oscillations de l'aiguille aimantée aussi distinctement que le plus habile physicien du monde, et cependant leur intellect est bien loin d'en pouvoir déduire la direction que suit un navire en mer, ou l'existence des courans magnétiques du globe.

(4) Quoniam igitur demonstrationes sunt universales, universalia non licet sentire, perspicuum est non fieri per sensum ut sciamus. *Opera omnia*, t. 1, *Analyt. post.*, cap. XXXI, p. 226.

(5) Broussais, *De l'irritation et de la folie, etc.*, p. 147.

(6) Perspicuum est si quis sensus desit, necesse esse ut aliqua scientia desit, quam impossibile est percipere.... non enim potest accipi ipsorum scientiâ; quia nec ex universalibus accipi potest, sine inductione, neque per inductionem sine sensu. *Op. cit.*, cap. XIII, p. 212.

enfin là où nous arrivons, ou sommes tout près d'arriver, après de bien longs et inutiles débats, dont nous dirons seulement qu'ils n'ont jamais tendu à faire méconnaître ce fait fondamental, savoir, que la sensation naît des *modifications que les impressions extérieures font éprouver au sens interne.*

Voyons maintenant si ce n'est pas encore ce même sentiment, mu ou modifié par une autre cause, qui produit tous les actes purement intellectuels.

Les modifications qu'il éprouve alors, il les doit à la volonté (1), comme il devient facile de s'en convaincre en prêtant quelque attention aux réflexions suivantes. Par la volonté, on peut diriger le sentiment de conscience sur un objet particulier : c'est l'attention. On peut, par la même volonté, donner son attention à deux objets à la fois : c'est la comparaison, d'où naît le jugement, et toute la série des opérations qui constituent le raisonnement. Qu'un objet ait occupé l'attention plus ou moins long-temps, il peut, quoique absent, être rappelé à l'esprit, et c'est la mémoire. Enfin nous possédons la faculté de réunir arbitrairement sur un objet les qualités que nous avons observées sur plusieurs; c'est le propre de l'imagination, faculté plus soumise que la mémoire à l'empire de la volonté, sans être entièrement dirigée par elle.

---

(1) La volonté appartient au sentiment de conscience, elle en est inséparable. Dire qu'elle modifie ou gouverne ce sentiment, c'est reconnaître qu'il se modifie soi-même : la conséquence est évidente. Il s'ensuit également que tous les phénomènes soumis à la volonté sont du domaine du sentiment de conscience. Duglad Steward et M. Th. Jouffroy ont donc eu tort de ranger comme ils le font (*a*), la contraction musculaire au nombre des fonctions dont nous n'avons pas conscience.

(*a*) *Esquisses de philosophie morale*, préface, p. XIX.

Il suit de cet exposé que les principales opérations, à l'ensemble, aux combinaisons diverses, ou à la succession desquelles se rapportent tous les phénomènes de l'intelligence agissant avec volonté, ne sont autre chose que des modifications du sentiment de conscience. Présent à tout, fonds commun où tout vient aboutir, et d'où tout part, il dirige nos études les plus diverses, et nous reconnaissons alors aussi bien son action que dans les opérations intellectuelles dont je viens de donner une analyse succincte. En effet, on peut très-bien, sans être universel, posséder les élémens de la physique, des mathématiques et de la chimie, se connaître en musique, et même en composer, savoir quelque peu de dessin, avoir appris plusieurs langues, etc. Eh bien! j'en appelle à l'expérience de tout homme tel que j'en suppose un (1). S'il s'est observé pendant ses études, il a pu se convaincre que, pour les suivre, il ne se servait pas, tantôt d'un organe du cerveau, tantôt d'un autre, mais agissait par cet effort d'ensemble, auquel préside et que dirige le sentiment interne (2).

Peut-être aura-t-on quelque répugnance à croire qu'une seule et même faculté puisse, en se modifiant

---

(1) Suivant M. Cruveilhier, dont nous adoptons complétement les idées à cet égard, les dispositions intellectuelles de l'homme varient par leur plus ou moins grand développement (*a*), et non par l'absence ou l'existence spéciale de quelques-unes d'entre elles, comme le dit M. Bouillaud (*b*).

(2) Peut-être objectera-t-on contre cette théorie, que puisqu'on se délasse en variant ses études, c'est une preuve que l'on change alors d'organe agissant. Je répondrai qu'après être resté long-temps

(*a*) *Anat. pathol. du corps humain*, 5e livr., *maladies du cerveau*, p. 1.

(*b*) *Journ. hebdom. de méd.*, mars 1830, p. 602.

dans son action, produire tant de résultats en apparence si divers. Cependant nous avons chaque jour des exemples analogues sous les yeux. Ainsi, les mouvemens variés à l'infini, que les organes locomoteurs et vocaux sont susceptibles d'exécuter, la marche, la course, le saut, l'exercice de tous les arts mécaniques, le parler de toutes les langues, l'immense variété des chants, ne sont évidemment que les résultats de contractions musculaires dirigées par la volonté. Les nuances infiniment nombreuses de couleurs qu'il nous est donné de distinguer, sont perçues par un seul organe continu, indivisible, la rétine. Mais, dira-t-on, voir des nuances, quel qu'en soit le nombre, n'est encore que sentir la lumière. Oui, sans doute : tout comme nous n'avons vu que des modifications de la sensation interne dans les nombreux phénomènes de l'entendement. Assurément, il est bien plus logique d'admettre en principe l'existence d'une faculté unique, susceptible de modifier son action, comme l'exige la nature des objets qu'elle embrasse, que d'imaginer, pour expliquer nos rapports avec ces divers objets, autant d'organes doués chacun des quatre facultés fondamentales qui constituent les principales modifications du sentiment interne, d'où dérivent toutes les autres.

La conséquence à laquelle nous sommes conduits a été entrevue par quelques-uns des élèves de Gall eux-mêmes. De ce nombre sont MM. Dannecy et

---

debout, on se délasse en marchant. Cependant, dans le second comme dans le premier cas, ce sont toujours les mêmes parties qui agissent de la même manière, c'est-à-dire par leurs contractions ; seulement celles-ci sont alternatives au lieu d'être continues.

Georget (1), qui, sans renoncer à l'organologie, admettent la subordination de tous les organes à un centre unique, lequel modifie, élabore, apprécie les impressions que chacun d'eux est apte à lui fournir. Qui ne voit que c'est là vraiment revenir au principe sur lequel Condillac a basé son analyse de l'entendement, tout en ayant l'air de la combattre pour sauver les apparences d'une défection ?

Examiné d'un point de vue général et métaphysique, le système de Gall ne présente que des préventions contre lui. L'étude et l'appréciation impartiale des faits particuliers sont, comme on va le voir, loin d'être plus en sa faveur.

Je m'abstiendrai de citer, à l'appui de mon opinion, cette foule de méprises grotesques commises par Gall et par des cranologues plus ou moins habiles : leur récit, bien capable d'amener un instant le sourire sur les lèvres, ne convient pas au langage sévère des sciences. Ne suffit-il pas, à ce sujet, de rappeler que, dans une de ses visites à Charenton, M. Dannecy déclara atteint d'une monomanie *religieuse* Jacob Dupont, qui avait fini par tomber dans un état de démence quelque temps après avoir publiquement prêché l'athéisme avec une grande ardeur, au commencement de la révolution (2)? Je le pense, et c'est pour cela que, mettant de côté un genre d'argumen-

---

(1) *Physiologie du système nerveux*, *etc.*, t. 1er, p. 135. — Tiedemann, *Anatomie du cerveau*, *etc.*, p. XXXVII de la préface de M. Jourdan.

(2) Cette anecdote m'a été racontée par Roberts Roche, ancien interne à Charenton. Quand je me la rappelle, il m'est impossible de prendre au sérieux les merveilles phrénologiques que nous raconte M. X.... (*a*).

(*a*) *Lancette française*, 26 février 1833, p. 100.

tation trop peu grave, j'irai directement au but, en rappelant que la partie de son système, que Gall considérait comme le plus solidement établie, est celle où il fait du cervelet l'organe de l'amour physique. Eh bien ! Desmoulins a constaté que des animaux très-lascifs sont dépourvus de cervelet (1). M. Bouillaud a démontré par de nombreux exemples recueillis sur l'homme, que cet organe ne remplissait pas le rôle que lui attribuait Gall (2). Avant et depuis lors, des observateurs très-désintéressés dans la dispute, ont reproduit des objections non moins concluantes (3); de sorte que le cervelet est évidemment dépouillé de ses attributions érotiques (4).

Si l'organologie, attaquée dans sa partie prétendue invulnérable, est si facile à renverser, l'ensemble du système, considéré anatomiquement, soutient bien moins encore les regards de la critique. On peut voir, sous ce rapport, par quels victorieux argumens M. Jourdan l'a combattu dans une savante

---

(1) ..... Les batraciens manquent de cervelet..... Les lobes latéraux du cervelet manquent chez les oiseaux. *Exposition succincte*, *etc.*, *Arch. gén. de méd.*, juin 1823, p. 240.

(2) *Arch. gén. de méd.*, septembre et octobre 1827.

(3) Lallemand, *Rech. anat. path, etc.*, lettre II, p. 136. — Dominel, *Obs. sur les altér. du cerveau ; Arch. gén. de méd.*, septembre 1828, p. 12 et 23.

(4) Mutus et surdus, ex fracturâ occipitis loquelam recuperavit et auditum. Haller, *Elem. phys.*, t. IV, p. 298. Voilà donc le cervelet qu'on pourrait faire, d'après ce cas, l'organe de l'ouïe et de la parole. Mais il manquait complétement chez une jeune fille de onze ans qui parlait, quoique avec beaucoup de difficulté (*a*). Ainsi la conséquence que l'on pourrait déduire du premier fait est détruite par celle qui dérive du second.

(*a*) Combette, *Observation d'une jeune fille, etc., Journal de physiol.*, janvier 1831, p. 27.

préface (1). Qu'il me suffise d'en faire mention ici, sans être forcé de les reproduire, puis d'ajouter les réflexions suivantes.

Comme l'a très-bien vu M. Magendie, le liquide cérébro-spinal doit empêcher les circonvolutions cérébrales de former des empreintes sur le crâne (2). D'un autre côté, il est certain que là où elles sont le plus apparentes, les saillies et les dépressions de l'enveloppe osseuse ne répondent pas toujours à pareilles dispositions de l'encéphale (3). Ce n'est pas tout. Même en admettant, comme nous le faisons, que le volume, et aussi la forme de l'encéphale, sont des conditions nécessaires pour le libre exercice de ses fonctions, il faut encore, dans cette hypothèse, tenir compte de la profondeur des anfractuosités, chose forte importante, et qui n'est révélée par aucune apparence extérieure (4). Il y a encore une autre condition également inappréciable: c'est cette énergie d'action qui rend un homme à cerveau peu volumineux capable d'efforts intellectuels très-grands. Tels étaient Newton et de Laplace, tous deux rémarquables par la petitesse de leur cerveau (5). Enfin, pour des organes

---

(1) *Anatomie du cerveau*, par Tiedemann. — De son côté, M. Lélut a très-bien prouvé, contrairement à l'opinion des cranologistes ou phrénologistes, que les assassins ne se distinguent par aucune conformation du crâne qui leur soit propre (*a*).

(2) *Journal de phys. expér.*, juillet 1828, p. 214.

(3) Béclard, *Propositions sur quelques points de médecine*, août 1813, n° 147, p. 16 et 18.

(4) Desmoulins, *Arch. gén. de méd.*, juin 1823, p. 239.

(5) J'ai été à même de voir chez M. Magendie le cerveau de de Laplace en regard de celui d'une idiote. Ce dernier paraissait le mieux conformé, en même temps qu'il était le plus volumineux. Il n'en

(*a*) *Examen comparatif, etc., Journ. hebd. de méd.*, 1832, p. 65.

chargés de fonctions purement physiques, et dont l'exécution repose en entier sur des conditions matérielles de structure, ces mêmes conditions nous échappent encore. Existe-t-il, en effet, un anatomiste capable de reconnaître la suave embouchure de Tulou, à l'inspection de ses lèvres, ou de distinguer le larynx de M[me] Malibran, de celui d'une femme de la halle à voix rauque (1)? Assurément non. Combien, *à fortiori*, ne doit-il pas être plus difficile d'apprécier l'action d'un cerveau recouvert de sa quintuple enveloppe?

Maintenant examinons quelques faits de détails, et nous les verrons venir confirmer les objections qu'il nous eût été facile de produire en bien plus grand nombre contre les propositions générales sur lesquelles repose la portion anatomique de la cranologie.

Gall, comme on sait, divise tout l'encéphale en vingt-sept organes. Son meilleur élève, Spurzheim, prétend en avoir découvert quinze de plus (2). A quoi tient leur dissentiment? à deux causes. La première, c'est qu'en supposant la réalité de l'existence

---

est pas moins vrai qu'en général les idiots se distinguent par une très-vicieuse conformation de l'encéphale, comme dans le cas observé par M. Calmeil (*a*).

(1) *Un rien, une petite fibre, quelque chose que le plus subtil anatomiste ne peut découvrir,* eût fait deux sots d'Érasme et de Fontenelle, qui le remarque lui-même dans un de ses meilleurs dialogues (*b*).

(2) *Essai philos. sur la nature morale, etc.*

(*a*) *Journ. hebd. de méd.*, novembre 1830, p. 221.

(*b*) Lamettrie, *Œuvres philos.*, t. III, p. 20, *l'homme-machine.*

des organes, il faudrait, pour en déterminer le nombre par voie d'induction, vingt fois plus d'observations que dix hommes laborieux, en les supposant convenablement placés, n'en pourraient faire dans toute leur vie; la seconde, c'est que ces mêmes organes n'ont pas de circonscription sensible, et n'existent pas pour les yeux. Par exemple, tout homme un peu habitué à la dissection peut facilement reconnaître et constater par soi-même tous les faits réels d'anatomie contenus dans l'ouvrage de Gall. Il suivra l'origine du nerf de la cinquième paire jusque dans la moelle épinière; l'expansion des fibres des pyramides jusqu'au-delà des corps striés, etc. Mais, Gall excepté, aucun anatomiste, à ma connaissance, n'est en état de montrer sur un cerveau l'organe de la ruse ou celui du meurtre. C'est tout au plus si, à l'aide des gros chiffres romains placés sur chacun d'eux dans les planches (1), il pourra vaguement en indiquer la place; tandis qu'il n'hésitera pas à mettre la pointe du scalpel sur la valvule de Vieussens ou sur la commissure postérieure. On n'a point encore dit à Gall que ses organes encéphaliques ne se laissaient pas apercevoir : c'était cependant par-là qu'on aurait dû commencer à réfuter son système. Cette objection vaut toutes les autres, et dès l'instant où l'on en aura senti la force, on n'en cherchera pas de meilleure. En attendant, il en est une qu'il nous est impossible de passer sous silence.

On a vu, par les relevés précédens, combien le

(1) *Anat. et phys. du syst. nerv. en gén., et du cerveau en particulier.*

siége des hémorrhagies encéphaliques s'était montré variable à l'autopsie (1). On ne peut, dès-lors, s'empêcher de reconnaître que des particularités analogues n'aient eu lieu chez les sujets dont la maladie n'a pas été mortelle. Or, d'après les principes de la cranologie, ils auraient dû éprouver un affaiblissement de telle ou telle *faculté*, selon que tel ou tel organe aurait été particulièrement lésé par l'hémorrhagie. Cependant nous n'avons rien vu de pareil, et les observations des auteurs de tous les temps sont entièrement conformes aux nôtres. Toutes celles, en effet, où il s'agit d'affections de l'intellect, observées chez des apoplectiques, parlent d'affaiblissement général de l'intelligence, d'état d'enfance ou de démence, jamais de la perte d'une faculté spéciale. Quant aux accidens vraiment locaux, elles nous les montrent toujours sur le système musculaire ou sur les organes des sens (2). Les parties musculaires surtout offrent des particularités d'affection locale très-remarquables. Ainsi, suivant les divers degrés de paralysie dont la langue peut être atteinte, tel individu bredouille, tel autre ne peut plus prononcer certains mots; l'un ne dit plus que *oui* et *non* (3); et je connais une apoplectique, conservant d'ailleurs le libre usage de ses facultés intellectuelles, qui depuis plusieurs années ne peut articuler que *ta*, qu'elle répète souvent douze ou quinze fois de suite quand, dans ses momens d'impatience, elle veut à toute force parler.

D'après la constante uniformité de ces résultats, il est difficile de ne pas admettre que, si les fonctions

---

(1) Voyez p. 377 à 379 de *ces Recherches*.
(2) Voyez obs. x, p. 35 de *ces Recherches*.
(3) Cruveilhier, *Nouv. Bibl. méd.*, novembre 1825, p. 305.

des muscles et des sens sont sous l'influence de certaines parties déterminées de l'encéphale, ce n'en est pas moins une action d'ensemble de cet organe qui produit la pensée (1). Au reste, sans prétendre autrement garantir la justesse de cette opinion, nous croyons toutefois avoir réuni assez d'inductions métaphysiques, de faits d'anatomie et d'observations cliniques, pour pouvoir conclure de leur accord, de leur tendance vers un même but, que le système de Gall est la plus singulière mystification qu'ait éprouvée le monde savant depuis celle du mesmérisme (2).

(1) MM. Foville, Pinel-Grandchamp et Delaye, attribuent la production de la pensée à la substance corticale, à l'exclusion de la substance médullaire, qui, suivant eux, préside aux mouvemens volontaires (*a*). Nous croyons avec Delaroche, de Genève, que « toute la substance du cerveau doit être regardée comme contri» buant également au mécanisme des idées (*b*). » Lorens, dans un ouvrage très-remarquable et trop peu remarqué, professe absolument la même opinion (*c*).

(2) Fodéré, *Desquis. de apoplexia*, p. 222.

(*a*) *Considérations sur les causes de la folie, etc.* — *Nouveau Journal de méd.*, octobre 1821.

(*b*) *Analyse des fonctions du système nerveux, pour servir d'introduction, etc.*, t. II, p. 20.

(*c*) *Essai sur la vie*, p. 81 et suiv.

CHAPITRE IV.

CAUSES DE L'APOPLEXIE.

Livrés presque exclusivement à la culture de l'anatomie pathologique, et s'y portant avec une ardeur bien justifiée par les étonnans progrès de cette science, les médecins de nos jours n'ont pas, à beaucoup près, étudié avec le même soin les autres branches de la pathologie, l'étiologie surtout. Découragés en quelque sorte par la nullité des résultats auxquels avait conduit la distinction futile et scolastique des causes morbifiques en formelles, matérielles, etc. (1), beaucoup d'entre eux ont, à dessein, borné leurs recherches à l'étude, toute de superficie, des effets les plus évidens que les causes, soit prédisposantes, soit efficientes, produisent sur l'économie. Aussi la *pathogénie*, ou la connaissance des procédés que suit la nature dans la formation des maladies, est-elle une science toute neuve, et qui n'existe on pourrait dire que de nom (2). Ce nous est un motif pour entrer dans quelques détails sur cette importante matière.

On a dû nécessairement, durant la longue enfance de la médecine, donner le nom de maladie à l'en-

(1) Voyez Mich. Ettmuller, *Opera medica*, t. 1er, p. 69 et seq., *De causis morborum*.

(2) Hufeland, *Idées sur la pathogénie, etc.; Bib. german.*, t. III, p. 195 et suiv. — J.-A. Rochoux, *Dict. de méd.* en 20 vol., t. XVI, article Pathogénie.

semble des symptômes, aux groupes d'accidens plus ou moins nombreux que présente tout individu malade. C'est encore ce qu'a fait Bayle (1). Cependant, bien long-temps avant lui, on commençait à appeler maladie la cause, quelle qu'elle soit, d'où proviennent les symptômes. Aujourd'hui le mot maladie n'est guère pris que dans cette acception, et nous ne lui en donnerons pas d'autre.

Ceci posé, si nous cherchons à déterminer précisément jusqu'où s'étendent nos connaissances sur la nature des maladies, sur leur essence, nous verrons, en définitive, que presque tout se réduit à savoir que tantôt elles consistent en une altération matérielle dans le tissu de nos organes, tantôt en un simple trouble des fonctions, sans aucune lésion de texture appréciable. De là, deux grandes divisions, chaque jour confirmées par l'observation, qui nous montrent toujours dans les maladies, à quelque époque de leur durée que nous les étudiions, ou des affections vitales, ou des altérations de tissu.

A s'arrêter, sans l'approfondir davantage, à ce résultat si satisfaisant au premier abord, la nature des maladies semblerait nous être entièrement dévoilée. Mais, pour que cette supposition se réalisât, il faudrait parvenir à savoir ce qu'est la vie; il faudrait aussi connaître en quoi consiste l'organisation. Or, même sur ce dernier point, qu'on pourrait croire le plus facilement abordable, nous sommes loin de posséder la vérité; car, pendant que d'habiles observateurs assurent que les derniers élémens, les fibriles les plus déliées de tous les tissus du corps humain, sont for-

(1) *Dict. des sc. méd.*, art. CAUSE.

mées par des séries de globules d'un diamètre toujours égal (1), Lister et Hogdkin soutiennent de leur côté, et, suivant nous, avec beaucoup de raison, que telle n'est pas la structure intime de nos parties (2). N'est-ce pas dire que nous ne saurions, à beaucoup près, déterminer tous les cas dans lesquels la texture organique est matériellement altérée?

La profonde ignorance où nous sommes de sa véritable disposition nous met dans l'impossibilité de savoir comment se produit la vie (3), et en quoi consiste la nature des troubles qu'elle est susceptible d'éprouver. Seulement nous sommes parvenus à constater que la vie, considérée dans son phénomène fondamental, se réduit à un mouvement non interrompu de composition et de décomposition (4), appelé par Van Geuns mouvement nutritif (5). Soumis à une action moléculaire qui nous échappe, et entièrement produit par elle, chez les animaux les plus simples, il s'exécute sans doute encore en grande partie sous l'influence de la même cause chez les animaux plus élevés. Mais alors elle ne peut plus l'entretenir qu'à

---

(1) W. Home, *Transact. phil.*, 1818, p. 195.— Mil. Edwards, *Structure élément. des principaux tissus*; *Diss. inaug.*, 1823.

(2) *Bib. univ.*, février 1829, p. 155 à 158.

(3) On donne au mot *vie* deux sens fort différens : tantôt on y attache l'idée de *cause*, tantôt l'idée de *résultat*. En tant que *cause*, la vie est une force dont la nature nous est inconnue; en tant que *résultat*, c'est un ensemble de phénomènes qui s'exécutent pendant un temps déterminé (*a*). Nous ne considérons ici la vie que comme résultat.

(4) J.-A. Rochoux, *An causa morbi, etc.*, *Compet. ad agregationem*, 1824, p 15.

(5) *Diss. de eo quod vitam constituit*, *etc.*, p. 534.

(*a*) Bichat, *Recherches sur la vie et la mort*, p. 1re. — Richerand, *Élémens de physiol.*, t. 1er, p. 113.

l'aide et avec le concours de la circulation et de l'innervation, fonctions dont la dépendance réciproque est telle, que si l'une des deux vient à s'arrêter, il en arrive bientôt autant à l'autre. De plus, l'expérience nous a depuis long-temps appris qu'elles sont l'une et l'autre plus ou moins étroitement liées avec toutes les autres fonctions de l'économie. Ainsi, nous apercevons assez précisément par quelle succession d'effets dépendans les uns des autres, les dérangemens auxquels celles-ci sont exposées, peuvent se transmettre de degré en degré jusqu'au mouvement nutritif, et enfin altérer l'organisation qu'il tient sous sa dépendance.

Partant de là, nous découvrons une première série de causes morbifiques dont tout être vivant doit nécessairement subir l'influence dans l'exercice de ses fonctions, lequel, en le supposant même exempt de ces grands troubles qui seuls méritent le nom de maladie, ne peut se continuer sans produire une altération des organes, telle qu'un instant arrive où leur jeu devient tout-à-fait impossible. Toutefois, cette circonstance, que l'usure du corps par la vieillesse nous met de temps à autre à portée d'observer, est très-rare, en comparaison de ces cas dans lesquels nos maux reconnaissent pour cause quelques-uns de ces abus dans le *régime* des fonctions que l'homme a souvent à se reprocher, mais qu'il n'est pas non plus toujours maître d'éviter.

Un autre ordre de causes de maladies se trouve dans l'influence toute puissante et bien facile à concevoir, des agens physiques, quand on songe que le concours continuel de leur action est tellement nécessaire à l'entretien de la vie, qu'elle s'éteindrait infailliblement sur l'heure, si cet appui venait à lui

manquer un seul instant. Enfin, nous découvrons un troisième ordre d'agens morbifiques dans l'action qu'exercent sur l'économie les virus, les poisons, certains composés chimiques, et les violences physiques extérieures.

A l'exception des deux dernières espèces de causes, dont le mode d'action nous est assez bien connu, nous ignorons complétement la manière d'agir de toutes les autres. Nous avons bien constaté, il est vrai, qu'elles développent leurs effets en affectant particulièrement, tantôt les liquides, tantôt les solides (1). Néanmoins, la spécialité d'impression qu'éprouve l'organisme, dans l'un ou dans l'autre de ces deux cas, nous reste entièrement inconnue, bien que depuis long-temps on se soit flatté d'en avoir pénétré le mystère. Mais qu'a-t-on fait pour cela? On s'est borné, en gâtant la théorie de Thémison (2), à soutenir que nos tissus, nos organes, et en un mot l'économie tout entière, ne sont susceptibles que de deux modes d'affection : la sthénie et l'asthénie, l'irritation et l'abirritation (3). Or, en examinant de près cette hypothèse, il est aisé de voir que si beaucoup d'états morbides paraissent produits par excès ou par défaut d'action, il y en a un bien plus grand nombre où l'on est forcé d'admettre un mode particulier de souffrance plus ou moins différent des deux

---

(1) J.-A. Rochoux, *Des syst. en méd.*, *etc.*; *Journ. hebd. de méd.*, 28 mars 1829.

(2) Voyez Celse, *De re medicâ*, t. Ier, p. 18, *edente* Pariset.

(3) Brown, *Élémens de méd.*, p. 38. — Broussais, *De l'irritation et de la folie*, p. 263 à 331. — Dugès, *Essai sur la nature de la fièvre*, t. Ier, chap III et IV.

autres. Dans tous les cas, il est, comme eux, entièrement subordonné à la spécialité de sa cause déterminante (1), en vertu de cette loi de l'économie, qui détermine toujours la nature de la réaction d'après celle de l'action. C'est à l'appareil morbide résultant du mode d'impression qu'éprouve alors le solide vivant, qu'on donne le nom de cause prochaine.

Difficile et peut-être impossible à pénétrer dans ce qu'elle a d'intime, cette cause n'en a pas moins de tout temps attiré l'attention des médecins. Plus elle se montrait inaccessible à leurs recherches, plus ils ont fait d'efforts pour arriver à la découvrir, et si nos connaissances à son égard sont encore bien peu avancées, il faut s'en prendre, non à un manque de zèle, mais à la nature même du sujet. Elle est cause qu'après tant de travaux consacrés à l'approfondir, tout se réduit à savoir d'une manière générale que divers modes d'affections, plus ou moins différens les uns des autres, sont le point de départ de tous les phénomènes morbides, aussi bien dans les maladies organiques que dans les simples lésions vitales. Nous en avons la preuve pour ces dernières, lorsque nous constatons combien, suivant les cas, elles diffèrent entre elles par leurs symptômes, leur marche, leur durée, etc. Quant aux premières, des différences tranchées dans la texture, la couleur, la densité, et toutes les qualités sensibles de leurs lésions caractéristiques, permettent bien moins encore d'en rapporter la production à une cause identique. Ainsi, soit que les symptômes des maladies naissent immédiatement

(1) Hufeland, *Pathogénie*; *Bibl. germ.*, tome III, p. 201. — J. A. Rochoux, *Des Systèmes*, etc., p. 7.

d'une impression morbide fixée sur le solide vivant, sans altération de texture appréciable; ou bien qu'ils dépendent d'une lésion organique développée par suite de cette même impression, il se trouve toujours des phénomènes propres à nous convaincre de la réalité des nombreuses différences que la cause prochaine est susceptible de présenter dans sa nature intime (1).

Pour l'apoplexie, elle consiste en un vice de nutrition, d'où naît cette altération, cette diminution de la cohésion normale du tissu encéphalique, laquelle, étant parvenue à un certain degré, se termine par une déchirure immédiatement suivie d'hémorrhagie, de compression et de tous les désordres locaux qui ont pour effet de produire les symptômes apoplectiques. Cette théorie, dont l'exactitude est garantie par des faits d'anatomie pathologique nombreux et soigneusement vérifiés (2), sera certainement repoussée par les partisans de la médecine physiologique, comme fortement entachée de fatalisme médical (3). Mais il s'agit de savoir si elle est conforme à la vérité, et non pas d'examiner si elle contrarie ou non certaines vues systématiques. L'étude que nous allons faire des causes prédisposantes et efficientes de l'hémorrhagie encéphalique, fournira les moyens de juger de nouveau cette question.

Comme dans toute espèce de maladies, on suppose, pour celle-ci, que l'inobservation habituelle des règles de l'hygiène ou quelque fâcheuse condition de

---

(1) J. A. Rochoux, *An causâ morbi*, etc., *compet. ad agregat.*, p. 7.

(2) *Voy.* p. 154 de *ces Recherches.*

(3) Broussais, *Examen des Doctrines médic.*, etc., p. 683.

l'organisme, préparent lentement l'économie à recevoir une sorte de choc qui fait enfin éclater le mal dont les germes couvaient depuis plus ou moins long-temps. C'est à cette secousse ordinairement déterminée par un écart apparent de régime, qu'on donne le nom de cause efficiente. Toute autre influence morbifère appartient aux causes prédisposantes, sans même excepter les prédispositions qui ne sauraient en être séparées d'après aucun motif raisonnable. Quant aux causes efficientes et prédisposantes, on peut en général les distinguer les unes des autres, et il est facile et convenable de le faire dans la plupart des cas. Cela n'empêche pas que tantôt les unes, tantôt les autres de ces causes, ne jouent le principal rôle dans la production des maladies, et même que l'activité de quelqu'une d'elles, ou prédisposante ou efficiente, ne soit quelquefois assez grande pour développer à elle seule certaines maladies. Au reste, je crois inutile d'insister sur ces faits connus d'étiologie, qui trouveront, pour la plupart, leur application dans les deux premières sections de ce chapitre, dont la troisième et dernière section se composera d'une discussion sur la fréquence de l'apoplexie.

SECTION PREMIÈRE.

CAUSES PRÉDISPOSANTES.

Les causes prédisposantes de l'apoplexie, dit Cælius Aurelianus (1), lui sont communes avec les

---

(1) *Acut. morb.*, lib. III, *De Apoplexia*, cap. V, p. 229.

autres maladies. Cependant il y en a plusieurs parmi elles qui sont généralement regardées comme étant, sinon tout-à-fait propres à cette affection, au moins comme particulièrement capables de la produire. Elles seules m'occuperont. J'examinerai d'abord dans un premier article la manière dont les auteurs ont envisagé leur influence, et je chercherai dans un second article à déterminer jusqu'à quel point on peut s'en rapporter à eux.

ARTICLE PREMIER.

Opinion des auteurs sur les causes prédisposantes.

Les causes prédisposantes, dont l'influence a principalement fixé l'attention des médecins, peuvent, comme il a été indiqué plus haut, se rapporter à deux chefs. Les unes se trouvent dans quelque fâcheuse condition de l'organisme, sont propres aux individus, et je les appellerai *individuelles*; les autres tiennent à une inobservance habituelle plus ou moins grande des règles de l'hygiène, et je les appellerai *hygiéniques*, en tant que se rattachant à l'hygiène.

1°. *Causes individuelles.* « On devient apoplectique par l'âge, principalement de quarante à soixante ans (1). »

Cette vérité, sur laquelle j'aurai occasion de revenir, est généralement reconnue. D'autres propositions, sans être à beaucoup près aussi fondées, ont obtenu un assentiment presque égal; et si Hippo-

---

(1) Ἀπόπληκτοι δὲ μάλιστα γίγνονται, ἡλικίῃ τῇ ἀπὸ τεσσαράκοντα ἐτέων ἄχρις ἑξήκοντα. Sect. VI, aph. 57, *edente* Foesio.

crate n'a pas désigné le tempérament propre à l'apoplexie, les modernes ont, en apparence, amplement comblé cette lacune. Ils sont parvenus à faire croire, sans la moindre opposition, qu'une constitution sanguine, un embonpoint excessif, la grosseur de la tête jointe surtout à la brièveté du cou (1), six vertèbres cervicales au lieu de sept (2), sont autant de causes prédisposantes fort actives à l'égard de cette maladie. Ponsart, un des premiers à ma connaissance, a attribué une influence toute semblable à la petitesse de la tête (3). Beaucoup de médecins ont constaté en outre le rôle très-important des dispositions héréditaires (4); d'autres ont mentionné celui de sexe. Enfin, dans ces derniers temps, on a attribué à l'hypertrophie du cœur, et à tous les troubles un peu considérables de la circulation, une très-grande part dans le développement de l'apoplexie.

2° *Causes hygiéniques*. Presque tous les médecins, depuis Hippocrate, ont admis comme prédisposant à l'apoplexie, l'hiver, une saison froide et humide, les pluies abondantes, et une chaleur humide après le froid. « L'apoplexie est fréquente, suivant Jacchinus, dans les lieux froids, soit par rapport

---

(1) Ettmuller, *Opera omnia*, com. 1er, p. 382. — Portal, *Obs. sur l'apoplexie*, p. 68 et 140.

(2) Van Swieten, *Comm in aph.* Boerhaav., §. 1010. — Moulin, *Traité de l'apop. et des hydrocéphales*, p. 29.

(3) *Traité de l'apop. et de la paral.*, p. 14.

(4) Van Helmont, *Ortus medicinæ*, etc. *De lithiasi*, p. 97. — Hoferus, *De affect. capit. de apop.*, p. 5. — Sennert, t. II, *De apoplexiâ*, p. 252. — Hoffmann, *Opera omnia*, t. II, *De hemorrhagiâ cerebri*, p. 242. — Fodéré, *Desq. med. de apoplexiâ*, p. 10. — Nymmann, *De apoplexiâ tractatus*, p. 185.

» à leur position particulière, comme Florence, » Lucques et Bologne, soit par la nature du climat, » comme l'Allemagne et l'Angleterre (1). » Hollerius, Forestus, Morgagni et beaucoup d'autres médecins sont entièrement de l'avis de Jacchinus relativement à l'action du froid humide (2), surtout quand elle se fait sentir après un été sec et chaud (3). Baglivi traite avec une sorte de complaisance de toutes ces causes, auxquelles il ajoute l'action des vapeurs malignes qui s'exhalent pendant les tremblemens de terre (4). M. Moulin, au contraire, a cru devoir transporter aux pays chauds l'influence accordée par les autres aux pays froids (5).

Souvent, dit Arétée (6), l'ivrognerie et la gourmandise produisent l'apoplexie. Son opinion est devenue une sorte de loi, proclamée à l'envi par Aetius, Petrus Diversus Salius, Gualter Bruelle, Forestus, Hoffman, etc. (7). Le même accord règne sur l'influence d'une vie molle et oisive, qui n'est animée par aucun exercice. Suivant Ponsart, il y a plus de moines et de financiers apoplectiques, que de paysans. Nous aurons achevé de faire connaître

---

(1) *Comm. in Rhazes*, cap. IX, p. 81.

(2) *De morb. internis*, lib. I, cap. VII, — *Opera omnia*, obs. 70. — *De sed et caus. morb.*, etc., epist. II, art. 3.

(3) Frid. Hoffmann, *Op. omnia. Diss. de apoplexiâ*, tom. III, p. 123.

(4) *Opera omnia*, p. 683 et suiv.

(5) *Traité de l'Apoplexie*, etc., p. 36.

(6) *De curat. apoplexiæ*, lib. II, cap. 3.

(7) *De cognos. morbis ex Archigene; de Apoplexiâ*, p. 253. — *De affectibus*, etc., cap. II, p. 232. — *Prax. med. theor. et pract.*, p. 72. — *Opera omnia de Apoplexiâ*, obs. 70. — *Opera omnia*, tome III, *Diss. de apoplexiâ*, p. 122.

l'influence attribuée à certaines professions, si nous ajoutons que l'on considère l'habitude d'une vie studieuse et méditative comme favorisant puissamment la production de l'apoplexie.

Les chagrins prolongés, les violentes secousses morales, passent encore pour exercer une action au moins aussi fâcheuse.

ARTICLE II.

Appréciation de l'action des causes prédisposantes.

§. Ier. *Causes individuelles.* Nous allons chercher à les apprécier, d'après l'ordre suivant lequel nous en avons parlé dans l'article précédent. Nous ferons de même pour les causes hygiéniques.

1°. *Age.* L'influence de l'âge comme cause prédisposante, est de la plus grande évidence. On peut en juger par le relevé suivant fait sur soixante-neuf apoplectiques, rangés par ordre d'âge de dix en dix ans:

AGE.	NOMBRE DES MALADES.
De 20 à 30 ans	2
De 30 à 40 ans	10
De 40 à 50 ans	7
De 50 à 60 ans	13
De 60 à 70 ans	24
De 70 à 80 ans	12
De 80 à 90 ans	1
	69

Il y a plus d'individus vivans de l'âge de soixante à soixante-dix ans, que de celui de soixante-dix à quatre-vingts ans. Mais j'ai peine à croire que le nombre des premiers soit double de celui des seconds, et l'on voit cependant que relativement à ces deux âges, le premier fournit le double des apoplectiques du second âge. D'ailleurs, s'il y a plus d'hommes

de soixante à soixante-dix ans, que de soixante-dix à quatre-vingts ans, il y en a aussi plus de cinquante à soixante ans, que de soixante à soixante-dix ans; et pourtant ce dernier âge donne presque deux fois autant d'apoplectiques que l'autre. On ne peut donc s'empêcher de reconnaître que la disposition à l'apoplexie augmente vers l'âge de soixante ans (1), et diminue passé soixante-dix ans; qu'elle est peu remarquée avant trente ans, et si faible avant vingt ans, que le nombre des apoplectiques au-dessous de cet âge est très-petit (2).

Il se réduit à ma connaissance, aux cas suivans observés sur une fille de quatorze ans, par les médecins de Breslaw (3); sur un jeune homme du même âge

---

(1) Falret, *Voy.* Serres. *Rapport sur le prix de stat.*, p. 7.

(2) La composition chimique, et par conséquent l'organisation intime du cerveau, subit avec l'âge des changemens que les analyses de M. Denis ont mis hors de doute. (*a*). C'est à eux qu'il faut incontestablement attribuer la fréquence, et surtout l'étendue des déchirures hémorrhagiques de cet organe, à une certaine époque de la vie. Elles sont, par exemple, habituellement si considérables chez les sujets très-âgés, qu'il en résulte des épanchemens presque toujours mortels par leur abondance. Ainsi, sur trente et un apoplectiques, ayant passé soixante-dix ans, admis depuis deux ans dans mon service à Bicêtre, tous ont succombé, à l'exception d'un seul qui a guéri en peu de jours, et M. Prus a eu occasion de faire des observations fort analogues. On doit donc mettre aux rangs des exceptions, assez rares, la guérison d'apoplexie obtenue par Bouteille, sur une femme de quatre-vingts ans. (*b*)

(3) *Hist. morb. Vratislav*, an. 1702, p. 9. — Cort. Mummius, p. 75, de son détestable ouvrage intitulé : *De morbo attonito*, dit avoir observé une seule fois en sa vie l'apoplexie chez un enfant; mais l'absence de détails circonstanciés sur ce fait, comme sur quelques autres cités par Hoffmann (*Diss. de apoplexiâ*, p. 121), est cause qu'on ne sait à quelle maladie les rapporter.

(*a*) *Recherches de physiologie sur le sang humain; Journ. de physiologie expéri.*, t. IX p. 187.

(*b*) *Traité de la chlorée*, p. 197.

par M. Guibert (1) ; sur une fille de douze ans par M. Payen (2) ; et sur un enfant de douze ans, par M. Andral (3). A la vérité, M. Serres dit bien avoir vu l'apoplexie chez un enfant de trois ans (4) ; mais comme il a négligé de nous apprendre si c'était, ou non, une de ces apoplexies qu'il appelle méningées, et que les autres médecins nomment arachnoïdites, son observation ne peut servir en rien à résoudre la question actuelle. Deux autres faits pourraient peut-être s'y rattacher encore : l'un a pour sujet un enfant de trois ans, dont M. Lallemand a consigné l'histoire dans sa troisième lettre (5) ; l'autre est l'hémorrhagie cérébrale que M. Billard a rencontrée sur un enfant de trois jours (6). Mais dans ces deux cas, l'altération de la substance du cerveau était telle, que si elle ne peut pas être considérée comme la cause de l'hémorrhagie (7), elle doit au moins être assimilée à ces complications, dont j'ai rapporté quelques exem-

(1) *Arch. gén. de méd.*, octobre 1827, p. 204.

(2) *Essai sur l'encéphalite* etc. *Diss. inaug.*, février 1826, obs. VII, p. 21.

(3) *Précis d'anat. pathol.*, tome II, p. 761.

(4) *Annuaire méd. chim. des hôpitaux*, etc., p. 284.

(5) *Recherc. anatomico-path. sur l'encéphale*, p. 375.

(6) *Traité des maladies des enfans nouveau-nés*, etc., p. 601.

(7) L'hémorrhagie chez les enfans est évidemment produite par une altération du cerveau différente de celle dont elle dépend chez les adultes. La preuve de mon assertion se tire de la marche fort différente de la maladie chez les uns et les autres. En effet, tandis que les déchirures spontanées du cerveau se cicatrisent très-fréquemment chez les adultes, elles amènent constamment la mort chez les très-jeunes sujets sur lesquels, à ma connaissance, on n'en a pas encore vu une seule arrivée à la cicatrisation. Le mode d'affection du cerveau, dans l'un et l'autre cas, n'est donc pas identique.

ples (1). La même réflexion s'applique à peu près aussi complétement, à l'observation de M. Payen, à celle de M. Guibert, et aux observations plus récentes de M. Burnet et de Dance (2); ce qui, comme on voit, réduit considérablement le nombre des apoplexies vraiment simples, observées chez de très-jeunes sujets. Quant à M. Moulin qui, en parlant des nouveau-nés, dit que chez eux l'apoplexie est toujours foudroyante (3), comme il n'appuie son assertion d'aucun fait particulier, je crois inutile de la réfuter sérieusement (4), et mon opinion subsiste dans toute sa force.

2°. *Tempérament*. A en croire les opinions vulgaires, certains tempéramens formeraient une disposition des plus fâcheuses à l'apoplexie. Nos observations sont loin d'être en faveur de cette manière de voir, comme on peut en juger par le tableau suivant :

---

(1) *Voy*. obs. LXX, p. 294; obs. LXXI, p. 298; obs. LXXII, p. 303.

(2) *Journ. hebd. de méd.*, avril 1830. *Observ. d'hémor. céréb.* — *Arch. gén. de méd.*, mars 1832, p. 325. *Hémorrhagies multiples*.

(3) *Traité de l'apoplexie et des hydrocéphales*, p. 65.

(4) Ce qu'on appelle improprement *apoplexie des nouveau-nés*, n'est la plupart du temps qu'une asphyxie, ou plutôt un arrêt de la circulation causé par le long séjour de la tête de l'enfant au passage. Quand, en outre, il se trouve des désordres du côté de la tête, ce sont quelquefois des hémorrhagies par rupture des vaisseaux superficiels de l'encéphale, ou bien de véritables solutions de continuité opérées dans la substance cérébrale par des violences extérieures, ou bien encore, de vastes infiltrations de sang (*a*); jamais de ces déchirures qui constituent l'apoplexie des adultes.

(*a*) Billard, *Traité des maladies des enfans*, p. 509.

Tableau de soixante-neuf apoplectiques de tempérament et d'embonpoint différens.

	D'embonpoint ordinaire.	Gros et gras.	Maigres.	Nombre des apoplectiques de chaque tempérament.
1° Tempérament *sanguin*. Peau claire, visage coloré, cheveux châtains, châtains foncés ou bruns.	15	8	2	25
2° Tempérament *sanguin-bilieux*. Peau un peu bise, teint médiocrem. clair et coloré, cheveux bruns ou nrs.	11	1	9	21
3° Tempérament *sanguin-lymphatique*. Peau blanche, claire, cheveux blonds ou châtains clairs, yeux ordinairement bleus. .	4	2	10	16
4° Tempérament *bilieux*. Peau jaunâtre, visage peu coloré, yeux bruns, cheveux noirs. . .	2	»	5	7
Nombre des apoplectiques suivant l'embonpoint. . .	32	11	26	69

En comparant entre eux les apoplectiques de ce relevé, on voit qu'ils sont à peu près également nombreux parmi les individus des tempéramens *sanguin*, *sanguin-bilieux*, et *sanguin-lymphatique*, qui appartiennent aux constitutions généralement dominantes à Paris, sans que l'une d'elles l'emporte beaucoup sur l'autre; tandis que les apoplectiques bilieux sont en bien plus petit nombre que ceux de chaque autre tempérament, parce que

les individus d'un tempérament bilieux ne sont pas à beaucoup près aussi nombreux que ceux d'un des trois autres tempéramens. Par la même raison, quel que soit le tempérament des malades, il s'en trouve beaucoup plus parmi les sujets d'un embonpoint ordinaire, moins parmi les maigres, moins encore parmi ceux qui sont surchargés de graisse; les apoplectiques de ces diverses habitudes, paraissant être entre eux, dans des proportions fort analogues à celle des sujets en santé, doués des mêmes dispositions, aussi comparés entre eux. Ainsi, nous sommes nécessairement conduits à cette proposition, dont la vérité a été plus ou moins nettement exprimée par un assez grand nombre de médecins (1), savoir : qu'*aucun signe extérieur appréciable n'indique la disposition à l'apoplexie.* Elle se trouvait déjà d'ailleurs démontrée par les observations de Corvisart, desquelles il résulte que les individus du tempérament vulgairement désigné par le titre d'*apoplectique*, sont surtout disposés aux maladies du cœur (2). Elle reçoit, ajouterons-nous, une dernière confirmation dans les remarques de M. Fodéré, qui a très-bien vu que ces hommes sanguins, colorés, pléthoriques, amateurs du vin et de la bonne chair, échappent ordinairement à l'apoplexie, que chacun semble prendre à tâche de leur représenter comme la conséquence inévitable de leurs excès (3).

L'absence de tout signe extérieur capable d'indiquer les dispositions à cette maladie, ne doit pas

---

(1)... At pari numero et forsan majori, apoplectici observantur, inter macilentos, sobrios, exercitatos, naturâque biliosos. Fodéré, *De apoplexiâ*, etc., p. 10.

(2) *Essai sur les maladies du cœur*, p. 141 et 142.

(3) *De apoplexiâ disquisitio*, etc., p. 64.

nous empêcher de reconnaître l'influence que l'hérédité exerce sur son développement; car les dispositions héréditaires les mieux avérées sont presque toujours inappréciables à notre faible vue. Par exemple, il est peu de maladies plus inévitablement transmissibles par l'hérédité, que la phthisie pulmonaire et la folie (1). Cependant, c'est en vain que la plupart du temps, on chercherait à reconnaître par quelque disposition extérieure, ceux qui doivent en être héréditairement atteints. Que gagnerait-on, au surplus, à savoir d'avance à quelles maladies nous sommes voués, lorsque, comme pour la phthisie et l'apoplexie, il paraît être au-dessus des ressources de l'art de les empêcher de naître?

3°. *Sexes.* On regardait généralement parmi les médecins l'apoplexie comme étant plus fréquente chez les hommes que chez les femmes; mais il était réservé à M. Falret d'en fournir la preuve convaincante. Ce médecin, qui, conjointement avec M. Voisin, a fondé à Vanves, près Paris, un établissement, modèle pour le traitement des aliénés, et réclamé depuis longtemps avec instance par les philantropes et les médecins les plus éclairés, produit dans un grand travail couronné par l'Institut, un relevé de deux mille deux cent quatre-vingt-dix-sept apoplectiques, observés à Paris depuis 1794 jusqu'en 1823, sur lequel figurent mille six cent soixante-dix hommes, et seulement six cent vingt-sept femmes (2). On ne peut, d'après un pareil document, mettre en doute la fâcheuse influence exercée par le sexe masculin.

4°. *Hypertrophie du cœur.* Feu Legallois ayant

(1) Corvisart, *Essai sur les mal. du cœur*, p. 359. — Esquirol, *Annales d'hygiène publique*, etc., avril 1829, p. 121.

(2) Serres, *Rapport sur le prix de statistique*, p. 7.

observé en l'an 13 un cas d'apoplexie compliquée d'hypertrophie du cœur, en tira la conséquence que cette dernière maladie avait exercé une grande influence sur la production de l'autre (1). L'apoplexie présentant une semblable complication, à laquelle succomba en 1808 le sénateur Cabanis, sembla donner un nouveau poids à cette opinion, et M. Aumont s'empressa de l'embrasser (2). Il ne manqua pas, pour la soutenir, de citer l'observation de la maladie de Malphighi (3). Plus tard, M. Pariset écrivit dans le même sens (4). Vinrent ensuite MM. Bricheteau et Ravier, qui cherchèrent à démontrer l'influence du cœur sur la production de l'apoplexie, en s'appuyant d'une série d'observations (5), tandis que chacun des auteurs précédemment nommés, n'en avait rapporté qu'une seule. Le résultat de ces travaux a été de faire regarder par la généralité des médecins, l'hypertrophie du cœur comme concourant puissamment à déterminer l'hémorrhagie encéphalique (6). Corvisart n'élevait aucun doute sur la vérité de cette théorie, bien qu'il avouât n'avoir observé personnellement aucun fait propre à l'appuyer (7); et M. Lallemand qui s'est également

---

(1) *Bull. de la Fac. de méd.*, tome 1er, p. 69.

(2) *Propos. pathol. et physiol. relat. à l'inf. du cœur sur le cerveau*. 1808.

(3) *Voy.* Baglivi, *Opera omnia*, p. 681.

(4) *Voy.* p. 156 *De ces recherches.*

(5) *Journ. comp. des Sc. méd.*, juillet 1819. *De l'influence de la circulation sur les fonctions cérébrales.* — *De l'influence du cœur sur le cerveau; Diss. inaug.*, février 1821, n° 14.

(6) Bertin et Bouillaud, *Traité des maladies du cœur*, etc. p. 351 et suiv. — J. G. Vitry, *Essai sur l'apoplexie; Diss. inaug.*, 1823, p. 68. — Pinel-Grandchamp, *Propositions*, etc., janvier 1826, p. 16.

(7) *Essai sur les mal. du cœur*, 1re et 2e édit., p. 177.

prononcé pour elle, se borne à faire remarquer que l'influence d'un cœur hypertrophié, devient nulle toutes les fois qu'il existe à l'origine de l'aorte (1) des obstacles capables d'y entraver le libre passage du sang. Or, comme les cas de ce genre sont assurément assez fréquens, les mentionner, c'est déjà apporter une grande restriction à l'action du cœur sur le cerveau. L'analyse des écrits de MM. Bricheteau et Ravier montrera s'il faut ou non la restreindre davantage.

Après avoir physiologiquement prouvé l'influence que le cœur exerce sur le cerveau, en s'appuyant surtout de l'opinion qui attribue beaucoup d'esprit aux hommes à col court, et des qualités opposées aux hommes à cou long, M. Bricheteau aborde la question pathologique, en rappelant que sur six apoplexies, M. Villemain en avait déjà rencontré quatre compliquées d'anévrisme du cœur (2); puis il en produit six autres, présentant chacune semblable complication (3). Il n'y aurait rien à lui objecter, si l'on pouvait conclure de ces six observations, que toutes celles qu'il a recueillies leur ressemblent. Mais comme une pareille conclusion serait en opposition manifeste avec les faits, force nous est de traiter la question que M. Bricheteau a négligé d'éclaircir, et de chercher à déterminer par un assez grand nombre d'observations, dans quel rapport les cas d'apoplexie compliqués d'hypertrophie du cœur, sont aux cas simples. Or, sur quarante-deux apoplectiques dont j'ai pu ouvrir les cadavres, avant 1818, trois seule-

---

(1) *Rech. anat. path. sur l'encéphale.* Lettre 1re, p. 44.

(2) *Dissertation sur l'apoplexie*, 3 juin 1818, n° 100.

(3) *Journ. comp. du Dict. des sc. méd.*, juillet 1819, de la p. 29 à la p. 32.

ment m'ont présenté un état anévrismatique du cœur.

Frappé de la conséquence à laquelle conduit nécessairement l'énoncé tout simple d'un pareil résultat, M. Andral a cru pouvoir en atténuer la valeur, en faisant remarquer qu'à l'époque où j'ai recueilli mes observations, l'hypertrophie du cœur avec rétrécissement du ventricule gauche, étant une maladie généralement méconnue des médecins, j'aurai fort bien pu en laisser passer quelques cas sans les apercevoir (1). Mais en admettant de ma part cette erreur, dont mes liaisons scientifiques avec Bertin auraient pu dès-lors me défendre, il est facile de montrer qu'elle est fort peu importante : d'abord parce que les cas d'hypertrophie du cœur avec rétrécissement, étant à peine, à ceux d'anévrisme avec dilatation, dans la proportion d'un sur quatre ou cinq, je ne peux guère en avoir méconnu plus d'un ; ensuite, parce que dans l'hypertrophie avec rétrécissement, la quantité de sang lancée par le cœur se trouvant considérablement diminuée, cela compense l'effet que sa plus grande force d'impulsion pourrait avoir sur le cerveau, au point de le réduire à peu près à ce qui a lieu dans l'état normal. D'ailleurs, beaucoup de maladies, dont personne ne songe à rattacher l'origine à une hypertrophie du cœur, s'en trouvent aussi souvent, et peut être encore plus souvent, compliquées que l'apoplexie; par exemple, la phthisie pulmonaire, qui contre trois cas simples en présente quatre avec complication d'anévrisme du cœur, dans les premières observations de Laennec (2). D'après tous ces faits, nous n'hési-

(1) *Précis d'anat. pathol.*, tome II, p. 768.

(2) *De l'auscultation médiate*, tome 1er, p. 63 à 104, 1re édit.

tons pas à soutenir que M. Bricheteau a beaucoup exagéré la part d'influence que le cœur exerce sur la production de l'apoplexie. Voyons maintenant si l'on n'en pourrait pas dire autant de M. Ravier.

Sa thèse renferme treize observations. Dix sont accompagnées de l'ouverture des cadavres : elles seules m'occuperont. Ce sont des *hydrocéphales*, *des arachnitis*, *des ramollisemens du cerveau et des épanchemens séreux ou séro-sanguinolens dans les ventricules du cerveau ou à la base du crâne*, constamment compliqués d'hypertrophie du cœur, et souvent en outre, de pleurésie aiguë ou chronique, ou bien d'hydrothorax. Il faut pourtant en excepter la première observation, qui seule présente un cas d'hémorrhagie encéphalique compliqué, comme les précédens, d'affection du cœur (1). Permis à M. Ravier d'appeler tout cela des apoplexies, et d'en conclure que le développement de cette maladie est puissamment influencé par l'état du cœur. Mais si jamais je forme le projet de soutenir la proposition opposée, il me paraîtra suffisant de rappeler que sur dix cas d'affection cérébrale avec hypertrophie du cœur, un seul se trouve appartenir à l'apoplexie.

M. Ménière a-t-il mieux atteint le but de ses efforts, en transportant à la grossesse, le rôle que d'autres avaient attribué au cœur, relativement à l'apoplexie (2)? Je ne le crois pas; et voici sur quoi je me fonde. Les femmes sont bien plus souvent frappées d'hémorrhagies encéphaliques après, qu'avant qua-

---

(1) *De l'infl. du cœur sur le cerveau; Dis. inaug.*, février 1821, n° 14.

(2) *Obs. et réfl. sur l'hémorr. cérébrale considérée pendant la grossesse. Arch. gén. de méd.*, avril 1828, p. 500 et suiv.

rante ans. Par conséquent, cette maladie les respecte, surtout pendant la période de leur vie où elles sont aptes à devenir mères. Ce n'est pas tout : M. Ménière nous apprend que suivant M. Larcher, durant la grossesse il se forme toujours une sorte d'hypertrophie passagère du cœur (1). Or, comme il y a moins d'apoplectiques parmi les femmes en âge d'avoir des enfans, que chez celles qui l'ont dépassé, nous voyons là une nouvelle preuve du peu de part que prend le cœur à la production de l'apoplexie. En présence de pareils faits, nous nous croyons autorisé à traiter de chose peu importante l'absence d'une vertèbre, ou la brièveté du cou, que l'on considère maintenant comme rendant plus forte l'impulsion du sang sur le cerveau, et que Vanhelmont était tout aussi fondé à regarder comme favorisant le prompt transport sur cet organe, du délétère qu'il supposait se former d'abord dans la région épigastrique (2).

§. II. *Causes hygiéniques*. Comme la plupart de ces causes doivent revenir à l'article des causes efficientes, je me bornerai, pour éviter d'inutiles répétitions, à examiner ici l'influence des saisons, et de quelques actes moraux ou intellectuels, réunis sous le titre de *Percepta*.

1° *Saisons*. Le tableau suivant présente le résultat de mes observations à leur égard.

Apoplectiques observés dans chaque saison de l'année :	printemps .	16
	été.	19
	automne. .	18
	hiver. . . .	16
		69

(1) *Arch. gén. de méd.*, avril 1828, p. 500 et suiv.
(2) *Ortus medicinæ* etc. *de lithiasi*, p. 94.

On serait porté à croire, d'après ce tableau, que l'influence des saisons n'est pas beaucoup plus marquée que celle des tempéramens. J'inclinerais assez vers cette manière de voir; cependant je ne voudrais pas en garantir l'exactitude sur un relevé de soixante-neuf apoplectiques seulement, qui encore ont été observés pendant quatre années différentes; car, ce nombre, assez considérable pour établir la non-influence du tempérament qui reste toujours, ou longtemps le même dans chaque individu, n'est pas à beaucoup près suffisant quand il s'agit des saisons, qui sont si peu semblables à elles-mêmes d'une année à l'autre. Mais de pareils faits, quoi qu'il en soit, méritent de fixer l'attention des observateurs. Ils semblent prouver que nous sommes encore loin d'avoir des connaissances précises sur l'influence de la température, des saisons, des climats, en un mot, de tout ce qui se rattache à la météorologie, combien par conséquent il serait hasardeux d'adopter sans restriction les idées que, depuis Hippocrate (1), beaucoup de médecins, notamment Baglivi, Hollerius, Forestus etc. (2), se sont faites au sujet de la plus grande fréquence de l'apoplexie dans certaines saisons, et combien surtout il serait peu raisonnable d'imiter ces auteurs qui, sur le témoignage d'un historien tel qu'Agathia (3), n'ont pas hésité à la regarder comme susceptible de régner épidémiquement.

2°. *Percepta.* Les affections tristes, les chagrins

---

(1) Aph. 23, sect. 3a, *edente Foesio*, p. 1248, et *de morb. vulg.*, lib. 1us, p. 950.

(2) *Opera omnia*, p. 683. — *De morb. internis*, lib. I, cap VII, p. 41. — *Opera omnia*, obs. LXX.

(3) *De bello Gotthorum*, lib. II.

prolongés, les douleurs rongeantes que cause l'ambition déçue dans ses projets, ou les grands revers de fortune, sont à juste titre sans doute considérés comme très-propres à produire l'apoplexie. On cite une foule d'exemples d'hommes appartenant à toutes les classes de la société, dont la maladie a paru provenir d'une semblable cause. Ainsi, Fourcroy fut frappé d'apoplexie par suite du cruel désappointement qu'il éprouva de ne pas être nommé grand-maître de l'université impériale; et Chaussier eut le même sort, pour avoir été dépouillé de sa chaire de professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Peut-être, néanmoins, a-t-on beaucoup exagéré l'influence des peines morales, et n'a-t-on pas fait assez attention que les sujets chez qui elles sont censées avoir donné lieu à l'apoplexie, avaient presque tous atteint cette période de la vie qui en est la cause la plus active. Pourtant, celui qui sait combien un long chagrin trouble et altère la nutrition générale, ne se refusera pas à le croire capable de vicier la nutrition du cerveau, et de préparer ainsi le ramollissement hémorrhagipare. Quant à l'exercice, habituellement très-grand, des facultés intellectuelles, aux études fortes et prolongées, aux longues et profondes méditations, bien qu'un grand nombre de médecins les considèrent comme nuisibles pour le cerveau, je ne me sens nullement porté vers cette opinion. Loin de là, j'incline plutôt à penser que l'exercice fortifie le cerveau comme tout autre organe, et j'aime encore mieux regarder l'étude comme un préservatif, que comme une cause de l'apoplexie.

SECTION II.

CAUSES EFFICIENTES.

Les causes auxquelles nous venons de reconnaître une véritable action prédisposante, peuvent, en continuant d'agir, finir par développer le mal qu'elles ont lentement préparé, et devenir ainsi efficientes. Cette remarque doit suffire à compléter leur histoire. Mais si, dans la plupart des cas, on peut constater que telle est la marche habituelle des choses, il en est d'autres où l'on observe immédiatement ou peu de temps avant l'attaque d'apoplexie, certaines circonstances auxquelles on croit devoir en attribuer le développement. C'est à elles qu'on a principalement donné le nom de causes efficientes. Presque toujours elles se rattachent à quelques conditions d'hygiène; aussi n'établirai-je pas de divisions entre elles. Il me suffira, après avoir fait connaître l'opinion des auteurs sur ces causes, de montrer ensuite ce qu'il faut penser de leur action.

ARTICLE PREMIER.

Opinion des auteurs sur les causes efficientes.

Suivant Cælius-Aurelianus, les causes efficientes les plus ordinaires de l'apoplexie sont l'indigestion survenant dans le bain, le coït, surtout chez les vieillards, les frictions très-fortes, les blessures des méninges, ou leurs convulsions (1). Les modernes

(1) *De morb. acut. et chron.*, lib. III, cap. V, p. 227.

y ont ajouté les vives émotions morales produites par la joie, la terreur et surtout la colère; l'épilepsie, les convulsions, la grossesse, les efforts que nécessite l'accouchement; le refoulement du sang occasionné par un froid vif et subit, la suppression des exanthèmes, et toute espèce de métastases (1), enfin, l'action sympathique de divers organes, notamment l'estomac.

ARTICLE II.

Appréciation des causes efficientes.

A part les métastases, dont l'influence par rapport au sujet en question, n'est prouvée par aucune observation concluante; à part aussi les actions sympathiques que l'on a admises peut-être encore avec moins de raison, comme nous le verrons un peu plus loin, toutes les autres causes précédemment énoncées sont susceptibles de troubler la circulation d'une manière intense. En général, elles activent le cours du sang, et souvent déterminent des congestions plus ou moins fortes vers différens organes. Chacune d'elles, par conséquent, nous semble plus ou moins susceptible d'amener un coup de sang (2). Nous accorderons surtout très-volontiers ce pouvoir à l'hypertrophie du cœur, à la pléthore momentanée qui suit tout repas un peu copieux, et à beaucoup d'autres causes semblables. Nous reconnaîtrons même avec Portal, que depuis l'époque où l'on a renoncé à l'habitude de souper à Paris, l'apoplexie, c'est-à-dire le coup de sang, y est beaucoup plus

(1) Portal, *Obs. sur la nat.*, etc., *de l'apoplexie*, p. 247 et suiv

(2) *Voy.* p. 215 et suiv. *de ces Recherches.*

rare (1). Mais en admettant l'action toute puissante de ces causes sur la production de cette dernière maladie, il s'en faut de beaucoup que je les croie capables de déterminer aussi facilement une rupture dans le tissu encéphalique.

A l'état sain, il oppose aux efforts d'impulsion du sang une résistance dont nous pouvons chaque jour nous faire une idée juste en voyant ces bateleurs qui se tiennent si long-temps sur la tête, ou qui, après s'être laissé mettre une enclume sur le ventre, ont encore à soutenir les coups redoublés du marteau dont on la frappe. On reconnaît encore plus positivement combien elle est grande, par la lecture des observations de MM. Bayle et Calmeil, qui ont constaté, chacun de son côté, que, malgré la très-grande fréquence des congestions cérébrales chez certains aliénés, il est extrêmement rare de les voir atteints d'apoplexie (2). En cas analogue, la rupture hémorrhagique arrive partout ailleurs que dans la pulpe du cerveau. Pour preuve de cette assertion, je me contenterai de citer le fait suivant : Un habitant de la Guadeloupe, d'une trentaine d'années, qui se livrait aux plaisirs vénériens et aux excès des liqueurs spiritueuses avec une fureur inconnue presque par-

(1) *Obs. sur la nat.*, etc., *de l'apoplexie*, p. 35, note.

(2) *Traité des maladies du cerveau*, etc., p. 473. — *De la paralysie princip. chez les aliénés*, etc., p. 212.

M. Bayle ne parle dans son ouvrage d'aucun aliéné frappé d'apoplexie. Cependant il m'a dit en avoir vu trois ou quatre succomber à cette maladie, pendant un séjour de cinq ans à Charenton. M. Calmeil ne rapporte qu'un seul cas de ce genre, et M. Lélut n'en a pas rencontré davantage à Bicêtre; jamais encore il n'a vu d'hémorrhagie de l'encéphale chez les épileptiques morts pendant une violente attaque de leur mal, comme Greding paraît en avoir observé deux exemples (*a*).

(*a*) *Voy.* Ludwig, *Adversaria medica*, tom. II, p. 495.

tout ailleurs que dans les colonies, mourut subitement dans l'acte de la copulation, durant lequel il avait été déjà plusieurs fois sur le point de perdre connaissance. A l'ouverture du crâne, on trouva un épanchement de sang très-considérable provenant de la rupture de quelques-uns des vaisseaux qui rampent à l'extérieur du cerveau; mais sa propre substance était dans la plus parfaite intégrité.

D'un autre côté, plus des trois quarts des sujets frappés d'apoplexie en sont atteints au milieu des occupations les moins fatigantes, souvent pendant le sommeil, ou bien en causant avec le plus grand calme (1), et sans que leur circulation soit le moins du monde activée. Il y a plus; M. Cruveilhier a vu cette maladie frapper un sujet dont les carotides étaient presque entièrement oblitérées (2) : on l'a également observée plusieurs fois après la ligature d'une de ces artères (3). Ainsi, tandis qu'elle survient très-fréquemment, sans que la force impulsive du sang éprouve aucune augmentation appréciable, il y a des cas bien plus nombreux encore où cette même force, quoique portée à un degré excessif, reste incapable de la produire. Il suffit de comparer ensemble ces deux ordres de faits pour se convaincre que des efforts nécessités par une défécation quelque peu difficile, un léger mouvement d'impatience, et mille autres pareilles circonstances tout aussi peu influentes, n'auraient jamais produit les attaques d'apoplexie dont on les regarde si complaisamment comme la cause, si elles ne se fussent rencontrées chez des sujets déjà atteints de ce genre

(1) Bouchet, *Recherches sur l'encéphale des vieillards; Diss. inaug.*, janvier 1827, p. 17.

(2) *Dict. de méd. prat.*, tome III, art. APOPLEXIE, p. 221.

(3) Magendie, *Journal de phys.*, avril 1827, p. 189, 195 et 201.

d'altération qui rend le tissu du cerveau si facile à se déchirer.

Beaucoup de malades semblent soulagés quand ils croient connaître la cause de leurs maux ; beaucoup de médecins pensent avoir fait un grand pas quand ils ont trouvé aux maladies une apparence de cause. C'est ce qui a surtout contribué à faire admettre des apoplexies sympathiques. Si l'on veut dire par-là qu'une affection de l'abdomen puisse, comme un effort, la colère, etc., produire l'hémorrhagie du cerveau chez un individu qui y est depuis long-temps disposé, il est encore possible de s'entendre. Mais veut-on dire qu'une affection du bas-ventre peut faire qu'un homme perde tout à coup le sentiment et le mouvement, et reste, à la suite de cette attaque, paralysé d'un côté du corps pendant cinq ou six mois, sans qu'il y ait rien du côté du cerveau ? J'attends qu'on me cite un exemple de ce genre.

Qui croirait cependant que Weitbrectus, après avoir rencontré trois onces de sang épanché dans le cerveau, et trois ou quatre petits calculs dans la vésicule biliaire, demande *si ces calculs peuvent avoir causé l'apoplexie*, et réponde ensuite : *il y a dans cette façon de voir les choses une si grande lacune, que je n'essaierai pas de la remplir* (1) ? Eh bien ! ce que Weitbrectus présentait comme douteux, a cessé de l'être aux yeux de M. Richond, qui, à l'exemple de Baglivi, de Nymman, de Fodéré, etc. (2), s'est efforcé de prouver que l'apoplexie est quelquefois

---

(1) *Corum litt.*, an 1734, hebd. 9. Voy. aussi l'*Obs.* de Got. Heldius : *Calculi in felleâ vesiculâ reperti apoplexiæ auctores*; in Wepferi, *Obs. apoplex.*, p. 361.

(2) *Opera omnia. Praxeos medicæ*, lib. 1us, p. 142. — *De*

produite par le seul état morbide de l'estomac (1). Mais pour cela il lui a fallu, ainsi que M. Bricheteau le lui objecte avec juste raison, donner le nom d'apoplexie à des maladies qui n'en étaient pas (2). C'est, en somme, ce qu'ont fait tous les autres partisans des apoplexies sympathiques (3).

SECTION III.

FRÉQUENCE DE L'APOPLEXIE.

Deux médecins fort érudits soutenaient, à la même époque, l'un, que l'apoplexie était devenue plus fréquente; l'autre, qu'elle était plus rare qu'autrefois; et, chose singulière, chacun d'eux, au rapport de Morgagni (4), appuyait son opinion de l'autorité de Celse. On trouve, en effet, dans cet auteur, un passage qui, mal interprété, peut également être invoqué en preuve de la fréquence ou de la rareté de l'apoplexie dans les temps anciens. Mais en consultant les résultats de l'observation, pour en pénétrer le sens, on voit aisément comment Celse a pu, sans contradiction, dire de l'apoplexie qu'elle est rare et qu'elle est fréquente. Il suffit pour cela de s'assurer que la première assertion a trait à l'apoplexie foudroyante, maladie réellement rare; et la seconde à l'apoplexie

---

apoplexiâ tractatus, p. 12. — *De apoplexiâ disquisitio*, etc., p. 123.

(1) *De l'inf. de l'estomac sur la prod. de l'apoplexie.*

(2) *Nouv. bib. méd.*, septembre 1824, p. 106.

(3) Rega, *Tract. med. de sympathiâ.* — Kemf, *De infractu vasorum ventriculi.* — Petit et Serres, *Traité de la fièvre entéro mésentérique*, p. 158.

(4) *De sed et caus. morb.*, etc., epist. II, art. 1er.

de moindre intensité, laquelle est assurément fréquente. Dès-lors, la contradiction qui, au premier aspect, semble exister entre le commencement et la fin du passage, disparaît totalement, sans qu'il soit nécessaire de recourir à la correction proposée par Morgagni et Van Swieten, c'est-à-dire de substituer au mot apoplexie celui de catalepsie, comme étant la maladie qualifiée de rare par Celse (1). Au reste, comme la citation du texte latin est la plus sûre manière de mettre le lecteur à même de juger la question dont s'agit, je le transcris en note (2); et laissant là le rôle de commentateur, je passe aux opinions touchant la fréquence de l'apoplexie, que leurs auteurs ont cru être appuyées sur l'observation clinique.

Portal, avons-nous déjà vu (3), regarde l'apoplexie comme ayant perdu de sa fréquence depuis quelque temps. MM. Fodéré et Falret, au contraire, pensent qu'elle se montre plus souvent qu'autrefois (4). Mais c'est Woolcombe qui a surtout pris à tâche de démontrer cette dernière assertion, et pour cela il produit des tableaux où l'on voit le nombre des apoplexies augmenter considérablement d'année en année (5).

---

(1) *De sed caus.* epist. II., art. 2. — *Comm. in aph. Boerhavii*, §. 1007.

(2) Attonitos quoque *raro* videmus : quorum corpus et mens stupet. Fit interdum ictu fulminis, interdum morbo : hunc ἀποπληξίαν Græci appellant : his sanguis mittendus est, etc. :

At resolutio nervorum *frequens* ubique morbus est. Ea interdum tota corpora, interdum partes infestat. Veteres auctores illud ἀποπληξίαν, hoc, παράλυσιν nominârunt : nunc utrumque παράλυσιν appellari video. *Corn. Celsus, de re medicâ*, tomus I[us], p. 208, *edente* Pariset.

(3) *Voy.* p. 433 *de ces Recherches.*

(4) *Médecine lég.*, t. V, p. 10. — *Rapport sur le prix*, etc., p. 6.

(5) *Remarks on the frequency and fatality of the diseases*, etc.

Plus d'un motif, on va le voir, nous empêche de croire à la réalité du fait.

Tous les tableaux médicaux, avec désignation de maladies, publiés jusqu'à ce jour, y compris ceux dressés à Paris, qui valent sans doute bien les autres, sont tellement inexacts sous le rapport nosologique, qu'ils n'indiquent vraiment avec certitude que deux choses, le chiffre des malades et celui des morts. Ainsi, on voit déjà combien l'accroissement en nombre des apoplexies, admis par Heberden, est incertain. Il serait d'ailleurs aussi avéré qu'il l'est peu, qu'on ne devrait pas en induire une augmentation dans la fréquence de ces maladies; car, de nos jours, la vaccination, et des soins mieux entendus donnés à l'enfance, en sauvant la vie à un grand nombre de sujets qui autrefois seraient morts en bas âge, les exposent à périr plus tard sous les coups des maladies propres aux adultes. Le nombre absolu des apoplexies pourrait donc maintenant s'élever plus haut, sans que la fréquence relative du mal fût réellement augmentée, et seulement parce que sur une population donnée il se trouve un plus grand nombre de sujets d'âge à en être atteints. Enfin, les tables nécrologiques dressées de nos jours présentent une diminution très-considérable de la mortalité moyenne (1); ce qui suppose nécessairement une diminution quelconque dans le nombre des maladies. Or, il serait bien étrange qu'il y eût exception pour l'apoplexie. En résumé, si l'on ne peut démontrer qu'elle soit devenue plus rare

Suivant cet auteur, sur trente-deux ou cinquante morts, il y en aurait une par l'apoplexie. Cette assertion n'est pas fort éloignée de la vérité.

(1) Mathieu, *Annuaire du bureau des longitudes pour* 1830, p. 100.

qu'autrefois, toujours est-il que son augmentation de fréquence est encore bien moins probable.

La question de fréquence peut aussi être envisagée, comparativement aux autres maladies de l'encéphale; et c'est en la prenant sous ce point de vue que M. Rostan a présenté l'apoplexie comme frappant moins de monde que le ramollissement du cerveau (1). Cependant, si je ne m'abuse, la preuve du contraire se trouve dans son ouvrage. Voici comment. La deuxième édition *des Recherches sur le ramollissement du cerveau* contient trente-trois observations d'apoplexies simples ou compliquées, contre dix de ramollissemens. La première édition en contenait seulement treize des premières, contre onze des secondes. Ainsi, un livre où l'apoplexie ne figure qu'accessoirement, en présente un plus grand nombre d'observations particulières, que de la maladie dont il traite spécialement. On peut donc, sans crainte d'erreur, adopter la conclusion qui découle nécessairement de ce fait, et regarder l'apoplexie comme plus fréquente que chacune des autres affections de la pulpe cérébrale (2), puisqu'aucune d'elles ne paraît l'être à l'égal du ramollissement.

---

(1) *Recherches sur une maladie encore peu connue*, etc., 1re édit., p. 94., et 2e édit., p. 155.

(2) Depuis le 5 juin 1831 jusqu'à aujourd'hui 20 juin 1833, que je suis médecin de l'infirmerie de Bicêtre, il est entré dans mon service environ douze cents malades, parmi lesquels trente sont morts d'apoplexie, et cinq seulement de ramollissement primitif du cerveau. Ce résultat, qui montre de combien l'apoplexie est plus fréquente que le ramollissement du cerveau chez les vieillards, ne permet pas de douter qu'ils ne soient beaucoup moins exposés à cette dernière maladie que les adultes et les jeunes sujets.

CHAPITRE V.

TRAITEMENT DE L'APOPLEXIE.

A QUOI sert de mieux connaître une maladie, si l'on n'en devient pas plus habile à la guérir? Cette question, que les gens du monde ont à chaque instant à la bouche, beaucoup de médecins la répètent presque aussi souvent. Ils semblent ignorer qu'une vérité bien constatée est par elle-même un véritable progrès scientifique : pour eux elle n'est rien, s'ils n'y trouvent un motif d'employer une drogue de plus. Cependant ce n'est pas en accumulant sans fin médicamens sur médicamens, qu'on peut avancer la thérapeutique, mais bien plutôt en restreignant leur nombre, et surtout en les employant avec discernement.

Grâce aux progrès de l'anatomie pathologique, de nouvelles données viennent chaque jour rendre cette tâche de moins en moins difficile à remplir. Le traitement de l'apoplexie en est une preuve frappante. Sans doute, il est encore susceptible de grands perfectionnemens : toutefois, ses bases, assises sur la nature enfin bien connue du mal, sont posées de manière à nous garantir pour toujours des écarts dans lesquels nos devanciers ne sont que trop souvent tombés. Cette proposition sera, j'espère, pleinement confirmée par les détails sur le traitement curatif et préservatif de l'apoplexie, qui composeront les deux sections suivantes.

SECTION PREMIÈRE.

TRAITEMENT CURATIF.

La gravité des symptômes de l'apoplexie, et plus encore la soudaineté de leur apparition, ont dû de tout temps attirer, commander l'attention des médecins. De là ces méthodes de traitement si variées et si nombreuses, avec lesquelles on a cherché à les combattre, qu'il faudrait des volumes pour les exposer toutes avec détail. Nous sommes donc forcés d'abandonner une pareille entreprise, et de nous en tenir, dans le premier des deux articles suivans, à une exposition très-sommaire des préceptes thérapeutiques donnés par les auteurs, et suivis presque jusqu'à ce jour. Nous essaierons ensuite de voir si à ces divers traitemens, tous plus ou moins vicieux, il ne serait pas possible d'en substituer un qui fût en harmonie avec les progrès récens de la science. Ce sera l'objet de notre second article.

ARTICLE PREMIER.

Traitement de l'apoplexie d'après les auteurs.

On ignore sans doute la manière dont Hippocrate traitait l'apoplexie, et je n'essaierai pas de la découvrir par des conjectures; mais on ne saurait douter, d'après l'aphorisme suivant, qu'il n'eût sur la marche de cette maladie des idées très-précises. *Il est impossible*, dit-il, *de guérir une forte apoplexie, et difficile d'en guérir une faible* (1).

(1) Λύειν ἀποπληξίην, ἰσχυρὴν μὲν, ἀδύνατον· ἀσθενέα δὲ, οὐ ῥηΐδιον.

Un des traitemens le plus anciennement employés est sans doute celui de Celse (1), modifié ensuite par Arétée et Cælius Aurelianus. « Il faut employer la saignée, dit ce dernier, sans qu'il soit nécessaire d'attendre la fin de la *diatrite*, mais néanmoins pendant le temps de la rémission ou au lever de l'aurore, lorsque la froide torpeur des membres commence à se dissiper (2). » Il conseille, en outre, l'usage des fomentations tièdes, des onctions, une diète sévère, des boissons délayantes et des lavemens quand le ventre est resserré.

Arétée, dont Cælius a, en grande partie, adopté la thérapeutique, emploie un assez grand nombre de remèdes contre l'apoplexie, entre autres, la saignée dès le début. « Quand, par son effet, ajoute-t-il, le malade sera un peu revenu à lui, il faut le placer sur une litière, couché à la renverse. Là, il sera fortement agité, et l'on aura la précaution de le laisser reposer souvent, pour qu'il se refasse de la fatigue des secousses.... Si, pendant l'effet du purgatif, il éprouve des nausées, il ne faudra pas les arrêter : souvent le vomissement emporte la cause de la maladie (*la pituite*).... Mais si les accidens continuent long-temps, on applique à l'occiput des ventouses scarifiées, qu'on laisse beaucoup saigner : elles sont plus efficaces que la saignée générale, et n'abattent pas les forces (3). »

---

sect. II, *aph.* 42, *edente* Foesio. — Arétée (*De causis et sing. morb.*, etc.) répète l'aphorisme d'Hippocrate, et Paul d'Égine (*Artis. med. princi.*, p. 427) dit de l'apoplexie : *Nunquam aut rarò curatur.*

(1) *De re medicâ*, tom. Ius, lib. III, p. 209, *edente* Pariset.

(2) *Acut. morb.*, lib. III, cap. V, tom. Ius, p. 232, *edente* Hallero.

(3) *De curatione apoplexiæ*, p. 82 et 83.

Il n'y a rien à ajouter à la polypharmacie d'Aetius, d'Avicène et de Paul d'Egine. Les saignées, les vomitifs, les purgatifs, les échauffans, les sudorifiques, sont employés par eux sans choix et sans discernement. Outre cela, ils font appliquer sur la tête, préalablement rasée ou non, une foule d'onguens résolutifs, anti-apoplectiques, et des embrocations de toute espèce sur les membres, des ventouses sèches, des linimens rendus vésicans par les cantharides, etc. Ils conseillent les sternutatoires, les gargarismes, les syalagogues, les clystères, les suppositoires; enfin, Avicène veut bien se borner à porter un seul bouton de feu sur la tête (1), tandis qu'Aetius, et son imitateur Paul d'Egine, en prescrivent douze ou treize (2).

Les auteurs modernes n'ont guère pu que choisir parmi ces nombreux moyens curatifs, et quelques autres de moindre importance, et en modifier l'application d'après les idées théoriques dominantes de leur époque. Il en est résulté que très-souvent la même médication a été successivement prescrite comme fort efficace, puis proscrite comme pernicieuse. Ainsi, Hollerius croit qu'il est à propos de secouer le malade(3). Jacchinus montre les graves inconvéniens de

(1) *Canon.*, lib. II, fen. I, tract. 5us, cap. XII, *De apoplexiâ*, p. 212.

(2) *De cogn. et cur. morb. de resolutione ex* Archigene, cap. XXVIII, p. 256. — *De re medicâ. art. med. princ.*, p. 427.

(3) *De morb. internis*, lib. I, cap. VII, p. 25. — Sennert conseille également les secousses, mais avec certaines précautions. Concictatur æger, dit-il, ut spiritibus via aperiatur, moderatè tamen ne agitatione vehementiore fusa, in corpore pleno materia, morbum augeat et foveat (*a*). Nymman fait aussi secouer ses malades, dans l'intention de leur désobstruer le pressoir d'Hérophile (*b*).

(*a*) Tom. II, lib. Ius, cap. XXXIII, *De apoplexiâ*, p. 246.

(*b*) *De apoplexiâ tractatus*, p. 202.

cette pratique (1). Forestus lui substitue des ligatures sur les membres (2). Sennert veut qu'on tienne un fer rouge à distance de la tête, de manière à échauffer le cuir chevelu sans le brûler (3), ce que pensait aussi Rhazes (4). Willis, comme Aetius, applique le fer, et produit une escarre (5).

Ce sont surtout les partisans des deux espèces d'apoplexies, l'une sanguine, et l'autre séreuse, qui, pendant la longue période de temps durant laquelle leur opinion a, en quelque sorte, imposé silence à toutes les autres, ont paru avoir basé sur des principes méthodiques et vrais le choix à faire dans l'application des remèdes. En effet, à partir d'Avicène, qui conseille particulièrement les saignées contre l'apoplexie sanguine (6), des hommes d'un mérite incontestable, Baglivi, Stahl, Méad, etc., se sont accordés pour en faire un précepte invariable de pratique, et réserver en même temps l'usage des émétiques, des purgatifs, et de plusieurs autres évacuans, pour les cas d'apoplexie séreuse (7). Hoffmann lui-même en adopte l'usage, quand il croit avoir affaire à une affection de cette espèce (8), quoiqu'il les ait sévèrement proscrits du traitement de l'hémorrhagie du cer-

---

(1) *Comm. in* Rhazes, p. 90.

(2) *Opera omnia*, obs. LXXVI, *de apoplexiâ*, *in Schol.*

(3) Tome II, lib. I, pars. 11ª, cap. XXXIII, *De apoplexiâ*, p. 248.

(4) Rhazis *ordinatus et correctus*, etc., fº 2 à 4.

(5) *Pars secunda pathologica*, *sive de morbis*, p. 386.

(6) *Canon.*, lib. III, feu 1, tract. 5, cap. XII, *De apoplexiâ*, p. 212.

(7) *Opera omnia*, *praxeos med.*, liber 2us, p. 217. — *Collegium casuale sic dictum minus*, p. 167 et 170. — *Monita medica*, p. 33.

(8) *De apoplexiâ*, tome III, p. 140.

veau (1). Au contraire, les médecins qui, à l'exemple de Fodéré, et surtout de Van Swieten, regardent l'apoplexie comme pouvant être produite par toute espèce de lésion organique ou même d'affection humorale, ont été conduits à composer le traitement d'une seule maladie, de l'ensemble des moyens curatifs employés contre presque toutes les autres (2). C'est à ne s'y plus reconnaître. On peut même, jusqu'à un certain point, dire que Zuliani, Portal, et leurs imitateurs, ont aussi eux contribué à amener ce singulier résultat, en reconnaissant l'utilité des saignées dans l'apoplexie séreuse (3).

Cependant il se trouvait de temps en temps des hommes qui rapportaient l'apoplexie à une seule cause spéciale. Si c'était le refroidissement du sang, ils prodiguaient avec une aveugle confiance les sudorifiques, les échauffans les plus énergiques. Prosper Martian avait beau leur crier que « parmi les causes de l'apoplexie admises par Hippocrate, celle qui consiste dans une accumulation d'humeur froide vers le cerveau étant la plus rare, il est bien plus souvent à propos d'employer le régime antiphlogistique que l'échauffant (4): » sa voix n'était pas entendue. Bayle, qui admettait la coagulation du sang, à peu près comme Théo. Angelutius (5), se vantait

---

(1) *De hemorrhagiâ cerebri*, tome II, p. 243 à 246.

(2) *De apoplexia disquisitio*, etc., p. 163. — *Com. in aph. Boerhavii*, §. 1010 et 1033.

(3) *De apoplexiâ præsertim nervosâ*, p. 126. — *Obs. sur la nature*, etc., *de l'apoplexie*, p. 7.

(4) *Adnotationes in Hippocrat.*, *de morbis*, lib. II, vers 64.

(5) *Ars medica ex Hippocratis Galenique thesauris*, etc., p. 55.

de pouvoir y remédier aisément au moyen du vin antimonial (1).

Barbette avait recours aux errhines pour expulser l'humeur peccante par la salivation (2). Ettmuller conseillait les frictions mercurielles dans la même intention (3); et Paracelse, donnant à la *goutte* une origine céleste, était conduit par son système à la combattre au moyen des remèdes les plus précieux, l'or, les perles, le corail, etc. (4). Enfin, de nos jours, M. Gay n'a pas craint de reproduire des idées tout aussi chimériques; et il assure sérieusement pouvoir, par quelques grains d'émétique, calmer aussi facilement l'ébullition du sang dont il fait dépendre l'apoplexie, qu'on arrête le bouillonnement du lait qu'une trop forte chaleur fait passer par-dessus le vase où il est contenu, en jetant dedans un peu d'eau froide (5).

Mic. Ettmuller avait dit: *In paroxismo apoplectico, mirè conferunt fortia propinata vomitoria* (6). M. Gay ne promettait pas davantage. Malgré cela, on n'a pas accueilli avec beaucoup d'empressement une théorie qui avait le malheur de voir le jour quelques cent ans trop tard. Toujours est-il que le

---

(1) *Tractatus de apoplexia, in quo*, etc., cap. XI.

(2) *Opera omnia, de apoplexiâ*, p. 31 à 37.

(3) *Opera omnia*, tome 1er, p. 383. — Il peut très-bien se faire qu'un sujet atteint de syphilis soit en même temps frappé d'apoplexie, comme l'a vu M. Rullier (*a*) Le traitement mercuriel qui alors guérit une des deux maladies, doit, par cela même, atténuer les accidens de l'autre : mais hors ce cas de complication, je cherche, sans pouvoir le trouver, de quelle utilité seraient les mercuriaux.

(4) *Opera omnia*, tomus 1us. p. 604.

(5) *Vues sur le caractère et le trait. de l'apoplexie*, etc.

(6) *Opera omnia*, tomus 1us, thes. 3, p. 73.

(*a*) *Bull. de la Fac. de méd.*, an 1816, p. 55.

ton de confiance avec lequel certains médecins vantaient une médication spéciale, joint à l'esprit prétendu éclectique qui en portait beaucoup d'autres à motiver, vaille que vaille, l'emploi de presque toute espèce de remède, ont beaucoup contribué à répandre sur la thérapeutique de l'apoplexie une incertitude vraiment déplorable. En pareille occurrence, des hommes fort capables n'ont rien vu de mieux, pour se tirer d'embarras, que de passer une sorte de compromis avec les théories les plus marquantes, et d'emprunter un peu des moyens curatifs de chacune d'elles (1). Voilà sans doute comment Nymman a été conduit à proposer contre l'apoplexie un fatras de remèdes aussi dégoûtans (2) que ceux dont Avicène, Aetius, Paul d'Égine, etc., nous ont laissé des modèles; voilà aussi pourquoi, en France, la masse des médecins traitait, il n'y a pas vingt ans, et traite peut-être encore cette maladie à peu près de la manière suivante :

On débute par une, deux ou tout au plus trois saignées. Les uns les font au bras, d'autres au pied, d'autres à la jugulaire; ils conseillent souvent en même temps d'appliquer des sangsues à la tête ou sur les pieds. Le lendemain, et quelquefois le jour même de la saignée, on donne l'émétique ou un fort purgatif. Presque en même temps on applique des vésicatoires aux jambes, aux cuisses ou à la nuque;

---

(1) Sydenham, *Opera omnia*, tome 1er. *Processus integri*, etc., *De apoplexiâ*, p. 507. — Boerhaave, *Aph. de cogn. et cur. morbis*, no 1022 à 1036.

(2) *De apoplexiâ tractatus*, p. 239 et suiv., où se trouve, entre autres remèdes, une eau anti-apoplectique, dans la composition de laquelle entrent quarante-six substances différentes.

et aux potions toniques, antispasmodiques, on joint les lavemens irritans. Il n'y a plus alors qu'à continuer les remèdes internes et à faire suppurer les vésicatoires. Si, au bout de quelques mois, la paralysie persiste, on envoie les malades aux eaux minérales, après avoir toutefois soumis les membres paralysés à l'action des douches ou de l'électricité, et avoir épuisé sur eux toutes les formules de linimens irritans ou toniques.

ARTICLE DEUXIÈME.

Traitement de l'apoplexie d'après l'état actuel de la science.

On a mis en question si la médecine avait fait plus de mal que de bien. Il serait difficile de ne pas répondre par l'affirmative, au moins pour l'apoplexie (1), en voyant la manière dont on l'a traitée pendant des siècles entiers. Le temps et la raison ont fait, il est vrai, justice d'une foule de médications dangereuses ou absurdes employées il n'y a pas encore très-longues années. Je doute qu'aucun médecin voulût faire secouer son malade ou l'attacher à une espèce de pilori, comme Maupertuis en approuvait l'idée (2); ou proposât de le trépaner, d'après l'avis de Thoers (3), que Zuliani semble tout disposé à adopter (4); ou crût pouvoir le tirer de son assoupissement en lui criant

(1) « S'il n'y avait pas de médecins pour les apoplectiques, il en périrait beaucoup moins. » Ponsart, *Traité de l'apoplexie*, p. 106.

(2) *OEuvres, etc.*, t. III, p. 382. *Voy.* aussi Voltaire, *Diatribe du docteur Akakia*.

(3) *De apoplexiâ magis chirurgicis quam aliis medicamentis curandâ.*

(4) *De apoplexiâ præsertim nervosâ* p. 115.

fortement aux oreilles (1). On rougirait à présent de conseiller l'esprit du crâne humain qu'Ettmuller croit si efficace (2). Il en serait de même de l'os de supplicié porté dans un sac sur le membre paralysé, dont Emmanuel Kœnig vante les étonnans effets (3), ou des trois gouttes de sang tirées de l'oreille droite d'un âne de meunier, et données dans une décoction de lentilles, que Nymman regarde comme un remède bien plus efficace encore contre la paralysie de la langue, que l'eau de cerises noires elle-même (4). Peu de praticiens emploient les sternutatoires, dont Morgagni a si judicieusement démontré les mauvais effets (5), ou bien les eaux antiapoplectiques qu'Hoffmann a si raisonnablement proscrites (6). Malgré tout cependant, l'espèce de traitement à peu près généralement suivi, dont on a vu un échantillon à la fin de l'article précédent, doit très-souvent devenir nuisible aux malades.

Le meilleur moyen de faire sentir ses vices, et d'apprendre à les éviter, est sans doute de montrer sur quelles indications l'expérience apprend que repose évidemment toute la thérapeutique de l'apoplexie. Elle nous a en effet mis à même de constater qu'après l'épanchement de sang effectué, il y a encore dans cette affection une tendance marquée au renouvellement de l'hémorrhagie, qui se prolonge pendant un assez long temps. Par conséquent, les efforts du

(1) Actius, *De cogn. morbis*, etc., p. 255.
(2) *Opera omnia*, tome Ier, p. 384.
(3) *Voy.* Wepfer, *Hist. apoplect.*, Obs. XL, p. 372.
(4) *De apoplexiá tractatus*, p. 366 et 368.
(5) *De sed et caus. morb.*, etc., *epist. anat. med.* III, art. 2.
(6) *Opera omnia*, tome II, p. 245, *De hemorrhagiá cerebri*.

médecin auront pour but : 1° de combattre l'hémorrhagie actuelle; 2° de détruire l'effort qui tend à la renouveler; 3° de faciliter l'absorption du sang. Si les moyens que nous allons proposer sont vraiment de nature à remplir ces trois indications curatives, à peu près entièrement oubliées dans le traitement vulgaire, ils en feront assez la critique pour nous dispenser de toute discussion suivie à son égard.

Première indication. Les saignées générales sont, sans contredit, le moyen le plus efficace que nous puissions opposer à l'hémorrhagie encéphalique. On en mesure la quantité et le nombre sur la gravité des symptômes et les forces du sujet. Arétée avait déjà remarqué que des saignées trop copieuses étaient vraiment nuisibles (1). J'ai pu m'assurer plusieurs fois de la vérité de sa remarque (2). Elle me porte à croire qu'il convient rarement de faire plus de trois ou quatre saignées de deux ou tout au plus trois palettes chacune. Peut-être la saignée de la jugulaire, fortement recommandée par Valsalva, est-elle préférable à toute autre, quand on la pratique avec les précautions que conseille cet auteur (3), ainsi que Bérenger et Heister (4).

Si pourtant on se détermine pour la saignée du

---

(1) *De caus. et sign. morb. acut.*, lib. 1us, cap. IV, *De cur. apop.*, p. 81 C.

(2) Celse me semble avoir beaucoup exagéré et les dangers et l'efficacité de la saignée, en disant d'elle : Vel occidit, vel liberat (*a*).

(3) *Tractatus de aure humanâ*, cap. V, n° 8.

(4) *Isagogæ brev. ubi de anat. colli.—Instit. chirurg.*, pars 2a, sect. 1, cap. VII, n° 1.

(*a*) *De re medicâ*, lib. III, cap. II, p. 209.

bras (1), on doit la faire du côté non paralysé, suivant le précepte d'Arétée, d'Aetius et de beaucoup d'autres (2). Dans tous les cas, le malade sera couché la tête et le tronc notablement élevés (3). Cette position est très-propre à diminuer la congestion sanguine de l'encéphale. On néglige sans doute trop de nos jours ce moyen en apparence peu actif, dans la supposition très-fausse que la pesanteur a peu d'influence sur la circulation. Assurément il est bien plus efficace que l'application de fortes ligatures sur les cuisses, remise en vogue par Tissot (4), ou la compression des carotides, employée par M. Blaud dans les affections cérébrales (5).

Deuxième indication. Le sang de la première ou seconde saignée ne présente rien de remarquable chez les apoplectiques; mais celui des autres se recouvre assez constamment de la couenne appelée pleurétique (6). Cette circonstance nous apprend

---

(1) La saignée du bras, qui peut très-bien remplacer la saignée de la jugulaire, est dans tous les cas préférable à l'artériotomie, que Nymman, Zuliani, et d'autres auteurs, conseillent comme très-efficace (*a*).

(2) *De caus. et sign. morb. acut.*, lib. 1us, cap. IV, *De cur. apop.*, p. 81 D. — *De cogn. morb. curat. apopl.*, ex Archigene, p. 255. — On saigne du bras sain, pour avoir plus facilement du sang, et non pour avoir le sang du côté affecté du cerveau, comme le dit Fodéré, *De apoplexiâ disquis.*, etc., p. 43.

(3) Hoffmann, *opera omnia*, tome II, *De hemorrhagiâ cerebri*, p. 243. — Willis, *Pars secunda sive pathologica*, p. 386. — Ponsart, *Traité de l'apop.*, p. 76.

(4) *Avis au peuple*, p. 63.

(5) *Voy.* Parent-Duchatelet, *Rech. sur l'inflam. de l'arach.*, p. 133.

(6) Stoll, *Ratio medendi*, pars 1a, p. 318.

(*a*) *De apoplexiâ tractatus*, p. 223. — *De apoplexiâ præs. nervosâ*, p. 115

qu'il faut lutter tout à la fois contre l'effort hémorrhagique et la phlegmasie dont se trouve bientôt affectée la portion déchirée de l'encéphale.

Les principaux moyens d'y parvenir sont les sangsues à la tête et les ventouses scarifiées, les applications froides sur cette partie, les lavemens laxatifs, les boissons délayantes, la diète et le repos. Arétée, avons-nous vu, assurait tirer un grand avantage des ventouses scarifiées appliquées à l'occiput (1). Cependant M. Fodéré les accuse, ainsi que les sangsues, d'être en somme constamment nuisibles (2). Il se peut très-bien qu'il ait vu ses malades empirer après l'usage de ces moyens curatifs; mais comme en même temps il administrait un assez grand nombre de remèdes propres à contrebalancer leurs bons effets, on ne doit sans doute pas chercher ailleurs l'explication de la manière défavorable dont il juge les évacuations sanguines locales. Par exemple, un traitement tonique ou stimulant, employé concurremment avec elles, fera plus que de contrebalancer le bien qu'elles peuvent produire. Que si, au lieu de cela, on emploie un traitement en harmonie avec ce genre de médication, on ne manquera pas d'en constater l'efficacité. Lors donc qu'au moyen d'applications de sangsues et de ventouses convenablement répétées, on aura débarrassé la tête (3), on s'oppo-

---

(1) Voy. p. 443 *de ces Recherches.* — Petrus Div. Salius, *Com. in Hipp.*, p. 215, recommande particulièrement les ventouses à l'occiput; et Heister, *Hist. chir.*, pars 2, sect. 1ª, cap. v, nº 2, regarde l'incision des veines de l'occiput comme bien préférable à celle des veines du front, parce que ces dernières ne communiquent pas avec le crâne, et fournissent peu de sang.

(2) *De apoplexiâ disquisitio*, etc., p. 151.

(3) M. Cruveilhier a proposé d'appliquer au traitement de

sera à un nouvel afflux de sang vers cette partie, en la tenant constamment couverte de compresses trempées dans l'eau froide (1), ou même en y appliquant de la glace, dont les heureux effets dans des affections encéphaliques analogues, sous quelques rapports, à l'apoplexie, ont été si bien démontrés par le professeur Lallemand et quelques autres bons observateurs (2). Nous ne croyons pourtant pas que le froid puisse convenir à tous les individus. Il en est chez lesquels son action, d'abord déprimante, est plus tôt ou plus tard suivie d'un mouvement fluxionnaire, dont il faut craindre d'accroître celui qui existe

l'apoplexie la saignée locale de la pituitaire (a), employée par Arétée contre la céphalée (b).

Si l'on cherche à apprécier l'effet de ce genre de saignée, sans se laisser aller à la présomption favorable que la recommandation du savant professeur est bien de nature à faire naître, on voit bientôt que le sang tiré de la membrane pituitaire ne doit pas faciliter beaucoup plus sûrement la résorption de celui qui est épanché dans la profondeur de la pulpe cérébrale, que ne le ferait une évacuation sanguine par les capillaires du front, des tempes ou de l'occiput. Il faut d'ailleurs une certaine dextérité, et une assez grande habitude du manuel des opérations, pour ne pas craindre de porter un instrument déchirant contre la paroi supérieure des fosses nasales, où un coup de maladresse pourrait avoir les suites les plus fâcheuses. Ce sont incontestablement ces deux considérations, et surtout la dernière, qui ont déterminé le peu d'empressement que, suivant l'aveu de M. Cruveilhier lui-même (c), les praticiens ont mis à adopter la saignée de la pituitaire.

(1) Zuliani, *De apop. præs. nervosâ*, p. 122.

(2) *Recherches anat. patho. sur l'encéphale*, lettre II, p. 301. — *Bib. méd.*, août 1820, p. 224 et Août 1821, p. 206. — Parent et Martinet, *Rech. sur l'inf. de l'arach.*, etc., p. 127. — Bouillaud, *Traité de l'encéphalite*, p. 317.

(a) *Médecine pratique éclairée, etc.*, p. 27.

(b) *De causis et signis, etc.*, cap. II, *de curatione cephalæ*, p. 116, C.

(c) *Dict. de méd. prat.*, art. APOPLEXIE, p. 255.

déjà (1). Ceux-là se trouvent mieux d'une douce chaleur sèche ou humide, constamment maintenue, de l'usage des cataplasmes émolliens tièdes, des fomentations et même des onctions dans lesquelles Oribase faisait consister presque tout le traitement de l'apoplexie (2). Du reste, on sent que l'habitude de juger l'effet des remèdes au lit du malade, peut seule, dans ces cas, diriger avec certitude la conduite du praticien.

Soit qu'on emploie les réfrigérans ou les simples émolliens sur la tête, on devra, pendant tout le temps qu'ils seront jugés nécessaires, seconder leur action en tenant le malade à l'usage abondant des boissons délayantes, comme l'eau d'orge et de chiendent, l'eau de guimauve, une limonade cuite ou autres analogues; on lui donnera chaque jour des lavemens laxatifs, et il sera soumis en même temps à la diète des maladies aiguës (3); enfin, on évitera avec un très-grand soin, comme pouvant avoir les conséquences les plus fâcheuses (4), toutes les circonstances capables d'affecter péniblement son moral.

Le temps pendant lequel on doit suivre avec la plus scrupuleuse attention une méthode purement antiphlogistique et débilitante, ne saurait être fixé d'avance; c'est au praticien à en poser les limites, à le régler d'après l'amélioration éprouvée par son malade : bien entendu que, tant qu'il la croira nécessaire, il évitera toute espèce de médication susceptible

(1) Berthomé, *Du danger de l'emploi de la glace dans les fièvres cérébrales.*

(2) *Artis med. principes*, etc., *edente* H. Stephano, p. 121.

(3) *Hippocratis opera.*

(4) Forestus, *Observationum* lib. x, obs. LXX. — Fodéré, *De apoplexiâ disquisitio*, etc., p. 210.

d'en contrarier en quoi que ce soit les effets. Ainsi, il s'interdira sévèrement l'emploi des médicamens capables d'irriter d'une manière quelconque, sans égard pour l'action dérivative qu'ils peuventavoir dans certains cas. Il craindra, par conséquent, d'employer les sinapismes, et encore plus les vésicatoires (1). Les purgatifs, tant soit peu énergiques, lui seront à bon droit suspects, car ils produisent une excitation générale qui fait plus que contrebalancer leurs bons effets à d'autres égards (2). On peut d'ailleurs facilement obtenir tous les avantages qu'on se plaît à en espérer, par le moyen des lavemens purgatifs (3). Avec eux, on entretient la liberté du ventre comme on le juge convenable. Il suffit pour cela de savoir, au besoin, les réitérer ou les rendre plus ou moins actifs.

Presque toute espèce de substance purgative peut indifféremment entrer dans leur composition. J'en excepte cependant le tabac, que beaucoup de praticiens emploient dans une foule d'occasions, avec une facilité déplorable, n'ayant en vue que son action purgative, et oubliant qu'il produit un narcotisme toujours à craindre, surtout dans l'apoplexie (4).

---

(1) Zuliani, *De apoplexiâ præsertim nervosâ*, p. 121. — Baglivi, *Opera omnia*, p. 112.

(2) Fodéré a vu l'abus des purgatifs renouveler l'hémiplégie qui déjà s'était dissipée (*a*), etc., p. 152. — Van Helmont avait aussi reconnu les dangers qu'entraînent les lavemens âcres, et même les stimulans extérieurs, tels que des frictions faites avec force sur la peau (*b*), *De lithiasi*, p. 95.

(3) Oribase, *Artis med. principes*, p. 121. — Fodéré, *De apo. disquis.*, p. 152. — Paul d'Egine, *De re medicâ*, p. 427.

(4) *Voy.* p. 223 et note *De ces recherches*.—Ponsart (*c*) a très-bien indiqué les inconvéniens des lavemens de tabac; mais jusqu'à présent on n'a tenu aucun compte de sa remarque.

(*a*) *De apoplexiâ disquisitio*, etc., p. 152.

(*b*) *Ortus medicinæ, etc., de lithiasi*, p. 95.

(*c*) *Traité de l'apoplexie*, p. 52.

Au soin avec lequel nous conseillons d'éviter tout ce qui peut exciter les apoplectiques, et troubler de quelque manière que ce soit le calme complet où l'on doit, avant tout, s'efforcer de les maintenir constamment, on ne sera pas surpris de nous voir proscrire, sans exception aucune, l'usage des émétiques (1). Ils ont pu être employés avec une apparence de rationalité pendant le règne de la plupart des théories humorales. Aujourd'hui nous ne saurions comment qualifier la conduite d'un médecin qui ne craindrait pas d'exposer aux secousses du vomissement un malheureux dont l'encéphale vient d'être largement déchiré.

Troisième indication. Nous sommes loin d'avoir en notre possession des moyens actifs et nombreux pour favoriser la résorption du sang. C'est la nature seule, ou à peu près, qui, lorsqu'elle n'est pas contrariée dans sa tendance médicatrice, exécute ce travail avec plus ou moins de promptitude. Il nous semble, par conséquent, bien plus convenable de la laisser librement déployer ses forces salutaires, que de couvrir les malades de sinapismes, de vésicatoires, de moxas, de sétons, et autres prétendus dérivatifs que certains médecins emploient avec une fermeté de croyance vraiment admirable; comme si le sang ou les autres

---

(1) Ponsart considère les émétiques comme dangereux, excepté lorsque l'estomac est plein d'alimens (*a*). C'est une aussi mauvaise raison que celles dont s'est servi depuis M. Fodéré, pour motiver leur usage en certains cas (*b*). *Voyez* en outre au sujet de ces remèdes, Forestus, *Opera omnia*, *de apoplexiâ*, obs. LXXVI, *in* schol. — Zuliani, *De apoplexiâ præsertim nervosâ*, p. 117. — Tissot, *Avis au peuple*, p. 164. — Lallemand, *Recherches anat. path.*, etc., lettre 2, p. 284.

(*a*) *Traité de l'apoplexie*, p. 66.

(*b*) *De apoplexiâ disquisitio*, etc., p. 154.

liquides circulant dans l'économie, devaient se porter aussi immanquablement vers ces stimulans que le fer va trouver l'aimant. Toujours est-il que l'on voit, malheureusement trop souvent, des sujets soumis à un pareil traitement, périr dans les dix ou onze premiers jours de leur maladie, par un renouvellement d'hémorrhagie qui se fait sourdement : ce dont on a la preuve à l'ouverture des cadavres, par la couleur et la consistance distinctives du sang récemment épanché (1). Plusieurs d'entre eux, il est vrai, pourraient bien, malgré l'emploi d'un traitement plus judicieux, ne pas échapper à la mort; mais au moins on n'aurait rien fait de propre à les y conduire plus promptement.

Je ne m'arrêterai pas à faire sentir le peu d'efficacité des linimens, des douches, de l'électricité, employés sur les membres paralysés. En vain on les stimule, on les irrite, on les déchire; tant que le caillot de sang et la solution de continuité du tissu encéphalique, qui privent les nerfs de l'influence du cerveau, n'auront pas disparu, on cherchera inutilement à rendre aux muscles les mouvemens dont ils sont privés. L'électricité surtout peut devenir fort dangereuse, bien qu'elle rende des services incontestables dans des affections paralytiques produites par d'autres causes que l'hémorrhagie de l'encéphale (2).

---

(1) Voy. p. 15 et 18 *de ces Recherches*. Employés trop tôt dans l'inflammation de l'arachnoïde, les vésicatoires ont des effets tout aussi nuisibles que dans l'apoplexie; et les cas où ils paraissent être utiles ne sauraient être pris en compensation du mal bien avéré qu'ils font très-souvent (*a*). Suivant Fodéré, l'application du feu sur la tête n'est pas moins nuisible (*b*).

(2) De Haën, *Ratio medendi*, pars 3ª, p. 225. — *Voy. Arch.*

(*a*) Parent-Duchatelet et Martinet, *Recherches sur l'inf. de l'arachnoïde*, p. 32, 123 et 125.

(*b*) *De apoplexiâ disquisitio*, etc., p. 161.

Employée trop tôt dans celle-ci, elle a souvent de très-fâcheux effets, suivant la remarque de Desbois de Rochefort (1). En pareil cas, De Haën l'a vue amener un nouvel épanchement sanguin (2). Employé dans les mêmes circonstances, le galvanisme qui plus tard n'est peut-être pas sans utilité (3) aurait sans doute un résultat tout aussi fâcheux (4); et il faut en dire autant de certaines eaux minérales stimulantes, dont Méad a signalé avec juste raison les mauvais effets (5). A plus forte raison serait-il déraisonnable de recourir prématurément à l'usage de l'extrait de noix vomique, l'un des stimulans les plus énergiques du système nerveux que nous possédions, comme le démontrent les curieuses observations de M. le professeur Fouquier (6). M. Andral a vu ce médicament, ainsi que la strichnine aggraver des paralysies provenant d'affections de la moelle épinière ou de l'encéphale (7).

La certitude des dangers qu'entraîne l'usage des médicamens susceptibles d'exercer une action énergique sur le système nerveux, commande la plus

---

gén. de méd., octobre 1828, p. 200, un cas de paralysie *non apoplectique* guérie par l'acupuncture.

(1) *Cours élément. de matière médicale*, tome 1er, p. 18.

(2) *Rat. med.*, pars 4a, p. 185.

(3) Après l'époque d'excitation passée, on pourrait peut-être, dans quelques cas, tirer un bon parti du galvanisme. C'est ainsi que M. Gillet a *soulagé*, par son emploi, une paralysie de la langue suite d'apoplexie, datant de six mois (*a*).

(4) Strambio a vu l'usage prématuré de l'électro-puncture déterminer des symptômes d'encéphalite (*b*).

(5) *Monita medica*, p. 35.

(6) *Voy.* Moulin, *Traité de l'apop. et des hydroféph.*, p. 177.

(7) *Journal de physiol. expér.*, juillet 1823, p. 273.

(*a*) *Recueil de la Soc. de méd. de Marseille*, no 3, an 1829, p. 254.

(*b*) *Arch. gén. de méd.*, juillet 1828, p. 427.

grande réserve, même lorsqu'il s'agit de remèdes beaucoup moins actifs. Ainsi nous n'osons pas trop conseiller l'arnica, dont Strambio n'a d'ailleurs obtenu aucun bon effet (1), à moins qu'elle ne soit administrée à des doses assez faibles pour devenir aussi inactive que l'infusion de chardon-bénit, à laquelle Tissot attribue cependant une grande efficacité (2). Les cautères, les sétons, et les autres exutoires placés à la nuque, ou sur divers points du cuir chevelu, ne nous paraissent pas sans inconvénient, même à une période avancée de la maladie, la seule à laquelle on puisse s'en permettre l'usage. En effet, il est aisé de concevoir qu'ils puissent en tout temps amener vers l'encéphale un mouvement fluxionnaire plus ou moins fâcheux (3); mais avec la meilleure envie de croire à l'efficacité que leur accordent beaucoup d'auteurs, on ne voit pas aussi bien comment ils peuvent contribuer à hâter la cicatrisation des déchirures de l'encéphale.

Un moyen, suivant nous, bien plus propre à l'obtenir, sera la prolongation du régime antiphlogistique atténuant, qui, jusque aux approches d'un rétablissement complet, doit être considéré comme un précepte de rigueur; une diète légère, tenue, une sorte de traitement par la faim, *cura famis*, maintenu dans de justes limites. On en secondera les effets, par un exercice modéré, et l'habitation dans un air pur, à la campagne ou sur les bords de la mer, comme le conseille Paul d'Égine (3).

---

(1) *Archives génér. de méd.*, juillet 1828, p. 427.

(2) *Avis au peuple*, p. 166.

(3) Londe, *Note sur*, etc., *Arch gén. de méd.*, tom. x, p. 61.

(4) *De re medicâ*, p. 427. *Artis med. principes*, *edente* Stephano.

SECTION DEUXIÈME.

TRAITEMENT PRÉSERVATIF.

Il est assurément bien plus avantageux de prévenir une maladie que de la guérir : mais souvent ni l'un ni l'autre n'est possible. Cela n'empêche pas que, dans tous les cas, on ne doive tenter l'un et l'autre.

On aurait sans doute tort de s'attendre à de bien grandes découvertes en matière médicale et en thérapeutique : cependant il n'est pas déraisonnable d'espérer parvenir un jour à mieux connaître qu'aujourd'hui les propriétés curatives de plusieurs substances médicamenteuses. Peut-être alors aussi découvrira-t-on contre l'apoplexie quelque remède doué de propriétés préservatives plus ou moins efficaces. En attendant, on n'est pas embarrassé pour en trouver un grand nombre de donnés comme tels par les auteurs. Nous allons en indiquer quelques-uns; et nous chercherons ensuite, après avoir jugé ces remèdes, à poser les bases d'un traitement préservatif rationnel.

ARTICLE PREMIER.

Traitement préservatif des auteurs.

Les eaux appelées antiapoplectiques n'ont pas toujours été regardées comme décorées d'un vain titre. Elles ont eu une très-immense vogue; elles en conservent même encore parmi le peuple de certaines provinces, et l'on vend, chaque année, à Rouen, plusieurs milliers de bouteilles de l'eau antiapoplectique des *jacobins*. Comme la plupart des autres pré-

parations du même genre, elle est le produit de la distillation, avec l'eau-de-vie, de substances stimulantes, échauffantes et aromatiques (1).

Outre cela, on a vu un temps où presque chaque médecin se croyait possesseur d'un spécifique à lui particulier. Ainsi, Camerarius, après avoir sérieusement conseillé une amulette de corail, ajoute : « Une longue expérience m'a fait connaître la vertu préservative du mastic mâché à jeun, deux fois par semaine, mêlé avec de l'agaric. Il attire les matières flegmatiques et mélancoliques de la tête, et la préserve par-là, de l'obstruction (2). » Mathæus Blaw arrive ensuite et dit, en copiant à peu près Paracelse (3) : « Les plantes recèlent des propriétés admirables que l'expérience seule peut faire connaître. Telle est la merveilleuse puissance antiapoplectique de la racine de thapsus (*verbascum mas.*, Linnæus); cueillie le 28 juin avant le lever du soleil, lavée et mise dans un sindon, puis ensuite pendue au cou et portée en amulette. Elle préserve certainement de l'apoplexie (4). »

Le seul Théod. Craanen fournirait plus de soixante

---

(1) Il est bien singulier de voir l'alcool, que beaucoup de médecins s'accordent à considérer, aussi bien que le café, comme très-propre à produire l'apoplexie, servir de base à la plupart des antiapoplectiques les plus usités. Se serait-on également trompé sur les propriétés nuisibles et salutaires qu'on lui attribue tout à la fois? Je n'en sais trop que dire.

(2) *Voy.* Wepfer, *Historiæ apoplecticorum*, p. 420.

(3) Natura in hac divisione ita studuit, ut Tapsum aureum solum donaret vi paralysin sanandi, et contra Tapsum pallidum veneno imbuerit paralysin movendi. *De natural.*, tome II, lib. IV, p. 361.

(4) *Voy.* Wepfer, *Historiæ apoplecticorum*, p. 425.

drogues curatives ou préservatives de l'apoplexie (1), et Nymman encore davantage (2). Ettmuller y joindrait l'esprit du crâne humain, la moutarde et les radis (3). Marquet, dont tout l'ouvrage se réduit à avoir fait le titre qu'il a donné à son livre, viendrait à son tour vanter les étonnantes propriétés de la petite sauge prise en guise de thé (4). Ainsi feraient, chacun pour son remède, un grand nombre de médecins.

De nos jours on a beaucoup réduit ces prétendus préservatifs de l'apoplexie; cependant on en emploie encore un bien grand nombre, en tête desquels figurent les exutoires de différentes espèces. Les cautères surtout, n'ont pas cessé un instant d'être recommandés par les médecins modernes (5). Ils conservent toujours, tant les superstitions médicales sont tenaces, une partie de la réputation que leur fit la crédulité des Vénitiens, en attribuant la cessation d'une peste à leur usage, conseillé par Hensius, et en élevant à ce médecin une statue portant l'inscription suivante, qui consacre une bien singulière méprise : *liberator patriæ à peste* (6).

« Divers malades qui m'ont consulté, dit Portal,

---

(1) *Voy.* Wepfer, *Historiæ apoplect.*, p. 425 et suiv.

(2) *De apoplexiâ tractatus*, p. 323 et 337.

(3) *Opera omnia*, tome 1er, p. 384.

(4) *Traité de l'apoplexie*, dans six ou huit observations.

(5) Nymman, *De apoplexiâ tractatus*, p. 301 à 309. — Macbride, *Introd. méthod. à la théorie et à la prat. de la méd.*, tome II, p. 395. — Fodéré, *De apoplexiâ disquisitio medica*, etc., p. 220.

(6) *Voy.* Lassis, *Causes des maladies épidémiques*, p. 222.

ayant des dispositions à l'œdématie avec somnolence plus ou moins profonde, ont été heureusement traités et préservés, non-seulement de l'apoplexie, mais aussi ont été guéris de leur œdématie par les sudorifiques, les décoctions de squine, de bardane, de salsepareille, aiguisées avec l'alcali volatil; les antiscorbutiques, soit par leur suc bien dépuré, soit par le vin antiscorbutique, pris à la dose de deux onces, deux ou trois fois le jour; on a aussi prescrit les bols composés des extraits de digitale, d'ellébore blanc, de polygala, de serpentaire de Virginie, de poudre de scille, de cloportes, de sel de tartre avec quelques grains d'éthiops minéral, d'aloès, etc.; l'usage des errhines, des masticatoires plus ou moins excitans, de quelques purgatifs hydragogues de temps en temps; des vésicatoires, non-seulement pour évacuer, mais pour stimuler localement et aussi généralement les solides; ce que font les cantharides par leurs parties volatiles qui pénètrent la masse des humeurs. On a conseillé surtout, et utilement, un séton à la nuque; je l'ai fait porter long-temps à des malades avec beaucoup d'utilité, ainsi qu'un ou deux cautères au cou, à la méthode de Pot. Le traitement était terminé par un assez long usage des remèdes toniques, parmi lesquels les ferrugineux tenaient le premier rang (1). »

M. Montain conseille aussi un traitement prophylactique, et il l'ordonne d'après ses quatre divisions de l'apoplexie (2). Je ferai observer qu'il eût dû com-

---

(1) *Observations sur la nature et le traitement de l'apoplexie*, p. 131. J'ai conservé la ponctuation de l'auteur; elle m'a paru avoir son mérite.

(2) *Traité de l'apoplexie*, p. 92.

mencer à prouver qu'il existe en effet quatre espèces d'apoplexie, ce que M. Lullier Winslow démontre très-bien qu'il n'a pas fait (1).

ARTICLE DEUXIÈME.

Traitement préservatif rationnel.

En examinant avec un peu de soin les médicamens qui forment le traitement prophylactique conseillé par Portal, on concevra aisément que, fort actifs pour la plupart, et doués presque tous de propriétés différentes, ils ont pu être employés avec succès pour combattre des accidens et même des maladies plus ou moins graves et d'une nature fort différente. Restera-t-il aussi évidemment prouvé qu'ils aient empêché des attaques d'apoplexie? On aura de fortes raisons pour en douter, quand on fera attention que l'apoplexie, ne s'annonçant par aucun symptôme précurseur capable d'en faire connaître avec certitude l'imminence, on n'est jamais assuré d'avoir réellement arrêté ses progrès.

Les faits cités comme preuve de réussite du traitement prophylactique, montrent seulement qu'il est possible, dans beaucoup de cas, de combattre des affections plus ou moins inquiétantes, et dont le plus grand nombre, d'après tout ce que nous avons dit, ne sont rien moins que des préludes d'apoplexie. La somnolence, les douleurs de tête d'un scorbutique, cèdent à un traitement approprié. S'ensuit-il que le malade ait été en même temps préservé d'une hémorrhagie encéphalique? Personne, je pense, n'oserait l'affirmer.

(1) *Dict. des Sc. méd.*, tome II, art. APOPLEXIE.

Je ne ferai même pas exception en faveur du vieillard septuagénaire qui, au rapport de Lancisi, se trouva débarrassé d'accidens cérébraux alarmans, à la suite de deux épistaxis fort abondantes (1). Quant aux ridicules remèdes mentionnés au commencement du précédent article, il serait bien superflu de s'arrêter à combattre leur efficacité. On ne leur en accorde guère plus maintenant qu'à la poignée de sel dont les gens du peuple ont coutume de remplir la bouche des apoplectiques, croyant fermement, par ce moyen, et d'accord en cela avec quelques médecins, empêcher, sinon l'attaque d'apoplexie, du moins la paralysie qui en est constamment la suite.

Avec un peu de mémoire, il sera toujours facile de remplir une formule pour tous les cas possibles. Les médecins qui ne se proposent pas d'autre but, n'ont vraiment rien à désirer. Il n'en est pas de même pour ceux qui cherchent à se rendre un compte sévère des effets qu'ils peuvent obtenir au moyen des substances médicamenteuses. Ils en seront d'autant plus disposés à reconnaître la haute portée et la véritable philosophie des paroles suivantes de Lancisi: « Je ne saurais trop le répéter, on cherche en vain des préservatifs dans les médicamens, quand on néglige les règles d'une sage hygiène. Tous les autres secours de la médecine sont trompeurs; un seul est efficace dans tous les temps et dans toutes les circonstances. On le trouve dans un régime de vie sagement ordonné, et dans ce calme heureux et raisonné de l'âme, que ne troublent ni les succès ni les revers (2). »

(1) *De repentinis mortibus*, lib. II^{us}, cap. V, p. 132.
(2) *De subitaneis mortibus*, lib. I^{us}, cap. XVIII, p. 105.

Tant que des observations exactes ne nous auront rien appris de plus que ce que nous savons sur les propriétés de tel ou tel médicament, ce qu'il y aura de mieux à faire pour prévenir l'apoplexie et beaucoup d'autres affections, sera un usage bien entendu de l'hygiène : non que je prétende pour cela qu'il faille absolument rejeter l'usage des moyens médicinaux proprement dits. Très-souvent, au contraire, ils devront être employés; et il pourra, par exemple, devenir nécessaire de combattre par quelques saignées une pléthore devenue incommode. Mais n'eût-il pas beaucoup mieux valu l'empêcher de naître par un régime sobre et délayant, que conseillent, avec juste raison, les médecins qui entendent le mieux la prophylactique de l'apoplexie (1)? Peut-on raisonnablement croire que si les secours bien calculés de l'hygiène viennent à se montrer insuffisans pour arrêter cette maladie dans son développement, on obtiendra de plus heureux résultats par l'usage habituel de pilules laxatives, par une saignée générale (2), ou

---

(1) Hoffmann, *De hemorrhagiâ cerebri*, *opera omnia*, tome II, p. 244. — Macbride, *Introd. méthod. à la théor.*, etc., tome II, p. 395. — Tissot, *Avis au peuple*, p. 167.

(2) On produit souvent comme une preuve de l'efficacité préservative des saignées, l'exemple cité ci-dessus d'un vieillard qui fut délivré d'accidens cérébraux graves et inquiétans par d'abondantes hémorrhagies nasales (*a*), sans faire attention que rien n'assure qu'il ait été aussi préservé d'une attaque d'apoplexie. Mais ce qui n'est pas douteux, c'est qu'un homme, âgé de soixante ans, fut, au rapport de M. Porral, atteint d'une hémorrhagie cérébrale mortelle, le jour même où il avait perdu près de deux livres de sang par une blessure d'une artère de la main (*b*).

(*a*) Lancisi, *De repentinis mortibus*, cap. v, p. 132.

(*b*) *Consid. et observ. sur les maladies de l'encéphale*, *Diss. inaug.*, nov., 1830, p. 10.

l'application de douze ou quinze sangsues à l'anus, par un séton, un vésicatoire, un cautère, un moxa, et d'autres moyens de ce genre? Au moins nous permettra-t-on d'attendre, pour proclamer l'utilité des exutoires, que leurs partisans aient montré en quoi et comment quelques grains de matière albumineuse, fournis chaque matin par la peau du bras ou de la nuque, peuvent contribuer à raffermir la texture altérée du tissu encéphalique (1).

(1). Ce n'est pas seulement contre l'apoplexie à venir qu'on fait un usage irrationnel des exutoires; on les emploie tous les jours à tourmenter de pauvres phthisiques, sans autre résultat que celui de hâter d'une manière souvent très-évidente, leur mort inévitable. Thomasini va même jusqu'à dire que ces remèdes sont inutiles dans toutes les phlegmasies chroniques, et peut-être a-t-il raison. Au reste, l'exemple que nous avons rapporté d'un sujet mort d'apoplexie, bien qu'il se fût astreint depuis longues années à porter un cautère, et à se faire pratiquer des saignées de précaution (a), montre combien peu il faut compter sur l'un ou l'autre de ces préservatifs.

(a) *Voyez* p. 74 *De ces recherches.*

CONCLUSIONS.

Il nous a fallu dans ces Recherches arrêter notre attention sur une foule d'objets, dont plusieurs sont d'une grande importance, et sur la plupart desquels on a porté des jugemens fort différens, et souvent même opposés. Nous avons dû, par cette seule circonstance, nous rencontrer souvent en opposition, presque aussi souvent d'accord avec beaucoup d'auteurs, sans le chercher, et uniquement en prenant pour guide l'observation rigoureuse des faits. Le nombre de ceux que nous avons invoqués est grand. Cependant il n'est pas impossible de réduire les conséquences auxquelles leur étude doit mener, à un petit nombre de propositions générales qui, en les supposant logiquement déduites, peuvent offrir en peu de lignes la substance d'un travail étendu. Par elles, il devient facile d'apprécier un auteur, de séparer ce qui lui appartient en propre, des emprunts qu'il a faits aux autres, ce qu'il donne pour vrai, de ce qu'il regarde comme conjectural, et de voir en quoi il diffère de ses prédécesseurs ou de ses contemporains.

Pour mettre le lecteur à même d'établir ces rapprochemens, je vais faire passer sous ses yeux l'ensemble sommaire des points les plus importans de doctrine contenus dans ces Recherches, lui laissant à décider si, présentés de la sorte, ils sont vraiment l'expression complète et exacte des faits dont il a pris une connaissance détaillée. Je suivrai pour cette récapi-

tulation l'ordre d'après lequel l'ouvrage lui-même a été exécuté.

CHAPITRE Ier. Histoire descriptive de l'apoplexie.

Section première. Histoire de l'apoplexie simple.

D'après les nombreuses observations dont se compose le premier article de cette section, il est facile de se convaincre que la plupart des symptômes regardés par un grand nombre d'auteurs comme propres à l'apoplexie, tels que la couleur rouge foncé de la face, la gêne de la respiration, diverses qualités du pouls, etc., sont loin d'avoir la valeur qui leur a été accordée. Il en est de même de l'immobilité des pupilles; car si elle a constamment lieu dans les fortes attaques d'apoplexie, il serait absurde d'admettre son existence dans ces affections légères où le malade ne perd pas connaissance. Quant aux convulsions, quelle qu'en soit la forme, elles nous ont paru un phénomène exceptionnel et sans rapports déterminés avec les lésions d'aucune des parties contenues dans le crâne. Reste donc comme symptômes caractéristiques de l'hémorrhagie encéphalique la paralysie et le trouble plus ou moins grand du sentiment, qui ordinairement ne s'annoncent par aucun accident précurseur, atteignent l'un et l'autre leur plus haut degré d'intensité en un temps fort court, et ne se dissipent ou diminuent, surtout la paralysie, qu'avec une lenteur plus ou moins grande.

Comme tous les malades qui ont succombé après avoir éprouvé ces deux symptômes, ont *constamment* présenté un épanchement de sang par déchirure de la substance encéphalique, on ne peut s'empê-

cher de reconnaître l'existence de semblables lésions, quand on observe, chez des sujets qui survivent, les accidens dont les autres ont été atteints, et ils deviennent le signe pathognomonique au moyen duquel on peut infailliblement assurer qu'une hémorrhagie s'est opérée dans un point quelconque de l'encéphale. *Personne* avant moi, que je sache, n'avait démontré la corrélation invariable de ces deux ordres de phénomènes : l'épanchement du sang et les symptômes ci-dessus mentionnés. Tout le monde aujourd'hui la reconnaît comme fait incontestable.

Outre l'épanchement de sang, auquel se joignent quelquefois diverses lésions plus ou moins variables, et, à cause de cela, d'une importance secondaire, on trouve toujours chez les apoplectiques une altération manifeste du tissu même de l'encéphale. On a pu, quand son existence a été bien constatée, la considérer comme le résultat d'une inflammation produite par le contact du sang sur les surfaces déchirées de l'organe, et se refuser à croire qu'elle préexistât à l'hémorrhagie (1). Mais l'étude impartiale des faits ne permet plus de soutenir une pareille opinion, et bientôt, j'espère, la préexistence du ramollissement hémorrhagipare ne sera révoquée en doute par personne. Quelque grande que soit au reste son influence pour amener l'épanchement de sang, ce n'en est pas moins celui-ci qui, par sa quantité, contribue à déterminer en grande partie l'intensité des symptômes, car il ne la gradue pas seul. Elle est, en outre, subordonnée à l'importance fonctionnelle de la partie lésée, dont, pour bien juger la lésion, il faut aussi com-

(1) *Voy.* p. 153 et suiv. *de ces Recherches.*

parer la masse avec la quantité de sang épanchée (1). On parvient par-là à s'assurer qu'une petite hémorrhagie, dans une partie de l'encéphale à la fois peu volumineuse, et exerçant une influence actuelle très-grande sur l'entrètien de la vie, peut amener des accidens aussi graves qu'une hémorrhagie beaucoup plus considérable, ayant pour siége une partie d'un plus fort volume, mais moins intimement liée avec le jeu des fonctions essentiellement vitales. Ainsi, la gravité des symptômes n'indique pas le siége précis de l'épanchement, et ne peut en faire estimer la quantité que dans les cas où la partie affectée est supposée rester la même.

En quelque endroit que le sang s'épanche, il éprouve dans sa composition chimique des changemens très-grands, par suite desquels il finit par être entièrement résorbé, lorsque le mal est susceptible d'une guérison complète. La lésion de la substance cérébrale en subit également de très-considérables avant d'arriver à présenter ces espèces de cicatrices dont l'analogie d'organisation est très-grande, quel que soit le point du système nerveux cérébro-spinal où on les rencontre. C'est l'observation attentive de ces divers phénomènes qui nous a conduit à donner de l'apoplexie une définition fondée sur la connaissance précise de la lésion matérielle, cause évidente des nombreux accidens qui se développent pendant la vie (2), ainsi qu'on est maintenant convenu de le faire pour toutes les maladies produites par une lésion appréciable de nos organes. On ne peut, en

---

(1) *Voy.* p. 64 de ces *Recherches*.
(2) *Voy.* p. 159.

effet, s'écarter de cette méthode que dans les cas où la production du mal ne saurait être rapportée à aucune altération de texture appréciable aux sens.

Section deuxième. Complications de l'apoplexie.

L'apoplexie peut se développer quoiqu'il existe déjà une autre maladie, par exemple, une affection organique du cœur (1), l'hydrocéphale chronique (2), la phthisie pulmonaire (3), etc. Il n'est pas aussi fréquent de voir une complication survenir, au moins dans les premiers jours de sa durée : aussi n'avons-nous observé qu'un petit nombre d'exemples bien constatés de ce genre. L'un d'entre eux était une fièvre essentielle (4). Nous en avons pris occasion de faire remarquer que l'aphorisme cinquante et un (section VI) d'Hippocrate n'était applicable ni à l'apoplexie, ni à aucune autre maladie connue (5). Mais quand l'hémorrhagie encéphalique marche avec lenteur vers la guérison, elle amène souvent de graves affections ; ce sont principalement : 1° des épanchemens de sérosité dans les ventricules ; 2° des ramollissemens plus ou moins étendus de la substance cérébrale, desquels la marche est considérablement dérangée par l'affection primitive ; ce qui rend leur diagnostic presque toujours obscur. On avait jusqu'ici accordé peu d'attention à ces deux maladies ; elles méritaient cepen-

(1) *Voy.* obs. Ire., p. 10 *de ces Recherches.*
(2) *Voy.* obs. VII., p. 27.
(3) *Voy.* obs. LXX, p. 294.
(4) *Voy.* obs. II, p. 13.
(5) *Voy.* p. 161.

dant bien que les observateurs s'en occupassent. Elles sont, avons-nous dit, les causes presque uniques du non rétablissement et de la mort de presque tous les apoplectiques qui ne se remettent pas complétement dans les deux ou trois premiers mois, à compter de l'invasion de leur maladie (1).

CHAPITRE II. Distinction de l'apoplexie d'avec les maladies capables de la simuler.

SECTION PREMIÈRE. Cas de diagnostic plus ou moins facile.

Les maladies qu'il est facile ou possible de distinguer de l'apoplexie, ont leur siége dans le crâne ou hors de cette cavité. Parmi les premières, on compte des affections comateuses, probablement du genre des névroses, qui n'ont pas encore été décrites avec toute la précision désirable, et que, malgré cela, il est cependant facile de reconnaître comme ayant des symptômes et une marche fort différentes de l'apoplexie (2); puis l'épilepsie et le coup de sang. Cette dernière maladie surtout a souvent été prise pour l'hémorrhagie encéphalique. Je crois inutile de répéter combien cette erreur est grossière. Heureusement elle est bien facile à éviter quand on exige, pour prononcer sur l'existence de l'apoplexie, la persistance des symptômes que nous avons reconnus en être inséparables. L'épilepsie est encore plus aisée à reconnaître. Enfin on doit aussi ajouter à cette liste, plusieurs affections de l'encéphale ou de ses enveloppes, l'é-

---

(1) *Voy.* obs. VII, p. 29; et p. 197 et suiv. *de ces Recherches.*

(2) *Voy.* p. 205 et suiv.

panchement aigu ou chronique de sérosité dans les ventricules du cerveau, l'arachnitis, les tumeurs tuberculeuses, cancéreuses, etc. En général, aucune de ces lésions, surtout celles dont la marche est habituellement chronique, n'est susceptible de simuler bien complétement l'hémorrhagie encéphalique. Rappelons néanmoins que quelquefois on en voit parmi ces dernières se terminer par une mort prompte et inattendue. Il n'en a pas fallu davantage pour faire commettre à nombre d'auteurs ces erreurs de diagnostic que nous avons signalées, en montrant les moyens de s'en garantir (1).

Les maladies dont le siége est hors du crâne, et qu'il est presque toujours facile de distinguer de l'apoplexie, malgré la ressemblance que, dans quelques cas, elles peuvent avoir avec cette maladie, sont : la paralysie d'un côté de la face, l'hystérie, l'asphyxie, le catarrhe suffocant, la fièvre apoplectique et la syncope. Les cinq premières sont très-faciles à reconnaître, sans même en excepter la fièvre apoplectique, pourvu toutefois que l'on soit appelé assez à temps pour en bien observer la marche. Quant à la syncope, elle pourrait, seulement lorsqu'elle est suivie de mort, laisser l'esprit incertain, puisqu'il est de fait que quelquefois, quoique bien rarement à la vérité, l'apoplexie cause la mort aussi promptement qu'elle. Mais comme il est impossible d'observer convenablement une maladie dont le début et la terminaison se touchent pour ainsi dire (2), tout homme qui craint de compro-

---

(1) *Voy.* obs. LVIII, p. 247; obs. LXI, p. 256; obs. LXIV, p. 267 à 268.

(2) *Voy.* p. 274.

mettre son jugement se gardera bien de prononcer sans restriction dans un cas de ce genre.

SECTION DEUXIÈME. Cas de diagnostic difficile et même impossible.

Des complications qui, en général, se montrent rarement, peuvent, comme nous l'avons vu, entraver la marche de l'apoplexie, et rendre son diagnostic difficile (1). Cependant, même alors, le médecin attentif à suivre la marche des symptômes, parvient presque toujours à reconnaître la maladie principale, et celle ou celles qui la compliquent. Quand il n'atteint pas jusque-là, il parvient au moins à s'assurer de l'ambiguité des cas soumis à son observation : il sait que la certitude lui manque, et cela suffit à le garantir de l'erreur. Mais enfin cet avantage lui échappe quelquefois, puisqu'il est certain, par exemple, que le ramollissement de l'encéphale se présente de temps en temps, avec tous les traits de l'apoplexie (2). Dans ces cas, assurément, l'erreur est inévitable. On n'en saurait dire autant de ceux où une maladie plus ou moins aiguë se termine tout à coup d'une manière funeste, en présentant quelques-uns des traits de l'hémorrhagie cérébrale (3). En pareille circonstance, l'homme prudent se gardera bien de porter un jugement décisif. Cependant, malgré toute sa réserve, il pourra encore se trouver en défaut dans certains

(1) *Voy.* obs. LXVII, p. 281; obs. LXVIII, p. 284; obs. LXIX, p. 287; obs. LXX, p. 294; obs. LXXI, p. 298; obs. LXXII, p. 303 *de ces Recherches.*

(2) *Voy.* obs. LXXIV à LXXVII, de la p. 315 à la p. 328.

(3) *Voy.* obs. LVIII, p. 247; obs. LXI, p. 256, et p. 267 à 269.

cas d'hémorrhagies intra-craniennes, sans lésion de la substance de l'encéphale.

Qu'elles soient dues à une rupture artérielle ou bien à une simple exhalation de sang, on les voit très-souvent simuler l'apoplexie de la manière la plus complète (1). Toutefois, il en est encore quelques-unes qu'on peut, sinon diagnostiquer avec précision, au moins soupçonner avec probabilité (2), non compris les hémorrhagies par violence extérieure, que leur cause connue ne permet pas de confondre avec la véritable apoplexie (3). En résumé, nous arrivons à reconnaître que les cas susceptibles de rendre le diagnostic de cette maladie douteux, ou de faire croire faussement à son existence, sont dus, 1° à des complications presque toujours de nature inflammatoire; 2° à certaines phlegmasies de l'encéphale; 3° ou bien à des hémorrhagies sans altération de la pulpe nerveuse. Or, le traitement de toutes ces affections étant au fond le même, l'erreur, sous le rapport thérapeutique, devient sans conséquence, et se réduit, en somme, à avoir mal jugé une question d'anatomie pathologique. Assurément il y a bien peu de maladies dont l'étude ait un résultat aussi satisfaisant.

CHAPITRE III. Siége de l'apoplexie.

Les premières recherches propres à faire connaître avec précision le siége de l'apoplexie, sont dues à Morgagni, qui a rassemblé sur ce sujet des faits du

---

(1) *Voy.* p. 357 à 358 *de ces Recherches.*
(2) *Voy.* obs. LXXXVIII, p. 364 et suiv.
(3) *Voy:* p. 336 et suiv.

plus haut intérêt. Ainsi il a parfaitement vu que l'hémorrhagie affecte bien plus souvent le corps strié, la couche optique, ou les parties de la substance nerveuse circonvoisines, que toute autre partie de l'encéphale. Mais il n'a pas rencontré aussi juste en se prononçant en faveur de sa fréquence beaucoup plus grande à droite qu'à gauche, plus grande aussi dans la partie antérieure que dans la partie postérieure du cerveau. Nos recherches sur ces deux points n'ont pas confirmé ses assertions (1).

Des travaux plus modernes, en montrant combien l'hémorrhagie peut affecter de parties diverses du système nerveux cérébro-spinal (2), ont engagé à rechercher s'il n'y avait pas, pendant la vie, quelque symptôme propre à faire connaître son siége précis. L'étude attentive de cette importante question nous a conduit à reconnaître que la paralysie survenant tout à coup, et ne s'accompagnant d'aucun trouble dans les fonctions cérébrales, était un indice certain que le mal affectait une partie de la moelle épinière située au-dessous de la protubérance annulaire; et que quand la perte de connaissance ou l'étourdissement se joignait à la paralysie, il avait pour siége un point quelconque de l'encéphale (3). Quant à pouvoir déterminer s'il atteint alors la protubérance annulaire, le cervelet ou le cerveau, et, dans ce dernier organe, telle ou telle partie, la chose est vraiment impossible (4). En effet, les symptômes se montrent absolument les

(1) *Voy.* tableaux I et II, p. 377 à 379 *de ces Recherches.*
(2) *Voy.* tableau III, p. 381.
(3) *Voy.* p. 384.
(4) *Voy.* p. 388.

mêmes dans tous ces cas, et les phénomènes particuliers que quelques auteurs ont cru être déterminés par certaines lésions locales, n'ont aucune corrélation constante avec elles (1). Il nous a donc fallu conclure que, pendant la vie, un calcul de probabilité pouvait seul faire présumer quelle partie de l'encéphale atteignait l'hémorrhagie. Et, en la voyant respecter presque sans exception des parties du système nerveux, que le ramollissement inflammatoire affecte très-souvent, nous avons aussi dû reconnaître qu'il y a une grande différence entre cette espèce de ramollissement et le ramollissement hémorrhagipare (2).

Enfin, à l'occasion du siége de l'apoplexie, il était, ce semble, indispensable de rechercher si son étude pouvait servir à appuyer ou à combattre le système organologique de Gall. C'est dans cette intention que nous avons commencé par mettre les principes de ce système en présence des données de la métaphysique les mieux établies. Nous nous sommes ensuite occupé de voir jusqu'à quel point ils pouvaient soutenir d'être confrontés avec les observations de physiologie humaine ou comparée, et avec l'étude anatomique des organes cérébraux. Aucune de ces épreuves n'a été favorable à la cranologie, à laquelle l'appréciation impartiale des faits nombreux puisés dans l'anatomie pathologique, est venue porter le dernier coup. Nous n'avons pu dès-lors nous refuser à voir en elle un système complétement erroné (3). Plus il attirera l'attention des savans, plus,

(1) *Voy. les remarques des observ.* XXII, XXIII, XXIV et XXV, p. 67 à 69, p. 71 à 72; p. 74, et p. 77 à 79 *de ces Recherches.*

(2) *Voy.* p. 158 et 383.

(3) *Voy.* p. 406.

nous l'espérons, leurs décisions viendront appuyer notre manière de voir.

CHAPITRE IV. Causes de l'apoplexie.

SECTION PREMIÈRE. Causes prédisposantes.

Une étude attentive des causes principales que les auteurs ont considérées comme prédisposant à l'apoplexie, nous a fait voir combien l'influence de l'âge, signalée déjà par Hippocrate, était puissante (1). Elle amène, elle prépare cette perte de cohésion du tissu nerveux qui en détermine enfin la déchirure. L'âge est une condition tellement nécessaire au développement de ce genre de lésion, que tous les cas d'hémorrhagie observés sur des sujets au-dessous de vingt ans, tiennent à un état de l'encéphale assez différent, puisqu'il n'est pas susceptible de guérison comme celui qui nous occupe (2). Ce dernier, qui n'est lié avec aucune altération appréciable des vaisseaux, consiste évidemment dans une nutrition viciée (3). S'établissant avec lenteur, et, à cause de cela, ne donnant ordinairement lieu à aucun accident notable (4), il ne se laisse pas plus facilement prévoir par l'habitude extérieure des sujets. Aussi avons-nous vu que rien de ce qui a été dit sur les caractères du tempérament prétendu apoplectique, n'a reçu la sanction de l'expérience (5). Mais elle ne laisse pas de doute sur la part considérable que la différence

---

(1) *Voy.* p. 418 et suiv. *de ces Recherches.*
(2) *Voy.* p. 420, note (7).
(3) *Voy.* p. 413.
(4) *Voy.* p. 155 à 156.
(5) *Voy.* p. 422 et suiv.

du sexe (1) prend à la production de l'apoplexie, et montre en même temps que l'hypertrophie du cœur n'exerce pas, à beaucoup près, une pareille influence (2). En effet, il eût été difficile d'adopter une autre opinion, en voyant, d'un côté, les sujets atteints de maladie du cœur, périr par des complications cérébrales, ordinairement étrangères à l'apoplexie, et en s'assurant de l'autre, que des affections dont on n'a garde d'attribuer le développement à l'hypertrophie, en sont néanmoins très-souvent accompagnées; enfin, lorsqu'il reste constaté que cette affection, propre tout au plus à produire le coup de sang, se développe habituellement chez les femmes, sous une forme particulière, précisément à une époque de leur vie durant laquelle l'apoplexie les frappe rarement. En présence de tels faits, doit-on tenir grand compte de l'absence congéniale d'une vertèbre cervicale? Nous ne le pensons pas.

Les saisons, dont l'influence a été admise comme à l'envi par tous les auteurs, depuis Hippocrate, ne semblent pas, à beaucoup près, agir d'une manière aussi marquée qu'on a voulu le dire. Il en est à peu près de même relativement au climat, à la température, aux habitudes, aux professions, etc. Au reste, ces questions d'étiologie appellent de nouvelles observations. Quant aux affections morales, il semble d'abord que le chagrin, dont l'influence, quand il se prolonge, est ordinairement très-marquée sur la nutrition générale, pourrait bien avoir pour effet de produire l'affaiblissement du tissu encéphalique avec

---

(1) *Voy.* p. 424 *de ces Recherches.*
(2) *Voy.* p. 424 à 429, et p. 433 à 436.

toutes ses conséquences. Mais si l'on fait attention que les apoplectiques, qu'on regarde comme l'étant devenus par suite de peines morales prolongées, étaient presque tous arrivés à cette période avancée de l'âge, qui est elle-même une cause morbifère si active, on trouvera qu'il est alors fort difficile de faire la part de la cause morale (1). Pour ce qui est de l'exercice normal de l'intellect, habituel aux savans et aux hommes de cabinet, nous sommes plus disposés à y voir un préservatif qu'une cause d'apoplexie (2).

SECTION DEUXIÈME. Causes efficientes.

On pourrait accorder quelque importance à la suppression d'un exutoire ou aux métastases, s'il était convenablement établi que de pareils accidens sont de nature à altérer la nutrition du tissu encéphalique, ce que rien ne prouve encore. On pourrait aussi attribuer une certaine part d'action à plusieurs phénomènes sympathiques, à ceux surtout qui activent la circulation, si l'on n'avait la preuve que le sang peut être fortement lancé vers l'encéphale sans y déterminer de déchirure (3) : exemple, les congestions sanguines, si fréquentes chez certains aliénés, lesquelles ne sont presque jamais suivies d'apoplexie (4). Il y a plus, c'est que quand le tissu de l'encéphale conserve sa cohésion normale, une violente congestion de sang produit plutôt la rupture de ses vaisseaux superficiels, qu'une déchirure de la profondeur de son tissu. Avec

---

(1) *Voy.* p. 431 *de ces Recherches.*
(2) *Voy.* p. 431.
(3) *Voy.* p. 434.
(4) *Voy.* p. 434 et note (2).

l'appui de pareils faits, nous n'avons pas hésité à regarder comme à peu près sans effet, la foule d'accidens auxquels on a attribué plus d'une attaque d'apoplexie, tels qu'un accès de colère, les efforts pour aller à la garde-robe, une vive émotion, etc. Nous acquérons d'un autre côté la preuve du peu de nécessité, sinon de la nullité de leur action, par la considération du grand nombre d'attaques qui frappent, au milieu du plus grand calme, des individus chez lesquels la circulation cérébrale n'est pas le moins du monde activée, ou même éprouve plutôt une diminution d'activité, comme, par exemple, lorsqu'il y a obturation des artères carotides ou vertébrales (1). Tout nous conduit donc à voir dans l'apoplexie le dernier terme d'une lésion qui se forme lentement et d'une manière irrémédiable, ainsi qu'il arrive à presque toutes les maladies organiques.

Section troisième. Fréquence de l'apoplexie.

La question élevée il y a déjà assez long-temps sur la fréquence de l'apoplexie, à l'occasion d'un passage de Celse (2), a été de nos jours, comme alors, différemment jugée par les médecins. Les faits seuls pouvaient la résoudre, et nous avons vu que, par suite de l'imperfection de tous les relevés de maladies, il était impossible de savoir si l'apoplexie, comme l'assurent quelques modernes, devient de plus en plus fréquente (3). Ce fait, d'ailleurs, pourrait être vrai sans avoir le caractère inquiétant qu'on lui attribue, car

(1) *Voy.* p. 435 *de ces Recherches.*
(2) *Voy.* p. 437.
(3) *Voy.* p. 438 et 439.

la pratique de la vaccine, faisant parvenir un plus grand nombre d'hommes à la vieillesse, la quantité des apoplectiques doit être plus grande, non parce que l'apoplexie acquiert plus de fréquence, mais parce que le nombre des hommes susceptibles d'en être affectés se trouve, sur une population donnée, plus considérable aujourd'hui qu'autrefois.

A l'appui de cette explication nous devons ajouter que la durée moyenne de la vie s'est sensiblement accrue dans ces derniers temps. Or, un pareil résultat suppose nécessairement une diminution générale de toutes les maladies. Rien, par conséquent, n'autorise à en excepter l'apoplexie. Quant à sa fréquence, comparée à celle des autres maladies de la tête, elle est, avons-nous vu, de beaucoup la plus considérable (1).

CHAPITRE V. Traitement de l'apoplexie.

SECTION PREMIÈRE. Traitement curatif.

Si une connaissance plus exacte des maladies ne nous fournit pas toujours des moyens suffisans pour les combattre, elle écarte au moins irrévocablement une foule de méthodes de traitement plus ou moins vicieuses, dont elle seule peut démontrer le danger avec évidence. Pour nous renfermer dans l'exemple de l'apoplexie, personne aujourd'hui ne songe à employer contre elle aucune de ces médications aussi désastreuses qu'irrationnelles, qui ont obtenu autrefois l'approbation des médecins les plus renommés.

(1) *Voy.* p. 440 *de ces Recherches.*

Cependant les véritables principes sur lesquels sa thérapeutique doit reposer sont loin d'être reconnus par tout le monde, et il règne entre eux et la pratique de beaucoup de médecins une opposition qui ne peut disparaître de sitôt. En attendant, nous croyons avoir suffisamment établi que les efforts du praticien doivent, dans les premiers instans d'une attaque d'apoplexie, avoir pour but d'abord, de combattre l'hémorrhagie elle-même, ensuite le *molimen* qui tend à la prolonger.

Des saignées générales et locales, réglées sur les forces des malades et l'intensité des symptômes, sont assurément le moyen le plus efficace pour remplir cette double indication (1). La diète des maladies aiguës, le repos et le calme le plus complet, doivent venir aussi seconder les effets des évacuations sanguines, en même temps que par des applications topiques on essaye de réprimer le mouvement fluxionnaire dirigé vers la tête (2). Dans cette intention, il faut renoncer à l'usage de tout prétendu dérivatif, de tout évacuant susceptible de produire une excitation générale, laquelle ne peut manquer de fatiguer l'encéphale. C'est pour cela que les fortes stimulations portées sur la peau, les purgatifs âcres, et surtout les émétiques, doivent être rigoureusement proscrits (3).

Lorsqu'on est ainsi parvenu à remplir les deux plus pressantes indications curatives, il reste à s'occuper d'une troisième, qui consiste à hâter par tous les moyens possibles la résorption du sang épanché, et la formation de la cicatrice. Mais ici l'art manque

---

(2) *Voy.* p. 451 et suiv. *de ces Recherches.*
(3) *Voy.* p. 253.
(3) *Voy.* p. 455 à 457.

d'agens efficaces, car on ne saurait considérer comme tels les cautères, les sétons ou les moxas, et pas plus l'électricité, que l'usage intérieur de certaines eaux minérales, de la strichnine ou de la brucine (1). Loin de là, on a vu, au contraire, de pareils moyens employés trop tôt, occasionner la mort de sujets déjà en voie de guérison. Or, en un semblable état de choses, le parti le plus sage à prendre, est assurément de s'interdire toute médication active, et de se borner à l'usage des moyens généraux appropriés à la convalescence de la plupart des maladies aiguës, c'est-à-dire un régime sobre, et même quelquefois atténuant, et un exercice modéré joint à l'habitation dans un air pur (2).

Section deuxième. Traitement prophylactique.

La lenteur avec laquelle se développe la lésion qui, parvenue à un état déterminé, produit enfin l'hémorrhagie de la pulpe nerveuse; l'absence de tout signe extérieur propre à faire reconnaître sa formation et ses progrès, font que le médecin n'est jamais appelé à la combattre dans son origine. Il le serait, au reste, que les malades n'en seraient pas plus avancés, par la raison que, jusqu'à présent, nous n'avons aucun moyen d'agir favorablement sur la nutrition de l'encéphale, nonobstant la foule de substances décorées autrefois, et encore aujourd'hui, du titre décevant d'antiapoplectique (3). Reste donc pour celui qui sait observer les règles d'une sage hygiène, à s'abandonner

(1) *Voy.* p. 457 et suiv. *de ces Recherches.*
(2) *Voy.* p. 460.
(3) *Voy.* p. 461.

ensuite avec confiance aux chances de l'avenir (1). Si une pareille conduite ne le soustrayait pas aux atteintes d'un mal funeste, il ne réussirait certes pas mieux à s'en préserver par l'emploi des exutoires ou d'une foule d'autres prétendus prophylactiques (2); et cependant, en renonçant résolument à l'usage de remèdes qu'on ne peut guère employer sans nourrir la crainte de la maladie contre laquelle on les dirige, il aura continué à jouir du premier de tous les biens, le calme et la tranquillité de l'âme.

---

(1) *Voy.* p. 466 *de ces Recherches.*
(2) *Voy.* p. 467 à 468.

FORMULES

DES MÉDICAMENS SIMPLES OU COMPOSÉS,

Et explication des abréviations employées pour les désigner.

On regrette souvent, quand on lit des observations de maladies, de ne pas pouvoir connaître avec précision les médicamens qui ont été employés à leur traitement. Cette raison m'a engagé à donner les formules des médicamens composés administrés aux malades dont j'ai recueilli les histoires. Ceux à qui un pareil soin paraîtrait superflu, pourront n'y accorder aucune attention.

MÉDICAMENS INTERNES.

Tisane.

Orang.	Tisane de feuilles d'oranger.	
♃.	Feuilles d'oranger................	ʒ iß
	Réglisse........................	ʒ ijß
	Eau...........................	℔ ij
	Faites une infusion.	
Org.	Tisane d'orge.	
♃.	Orge mondé....................	ʒ x
	Réglisse........................	ʒ ij ß
	Eau...........................	℔ ij
	Faites une décoction.	
Bard.	Tisane de bardane.	
♃.	Racine de bardane sèche.........	℥ ij
	Réglisse........................	℥ ß
	Eau, Q. S. pour obtenir par décoction	℔ ij

T. kk.	Tisane de quinquina.	
℞.	Quinquina concassé	ʒij
	Eau	℔ij
	Faites une décoction.	
Nit. dulc.	Tisane d'esprit de nitre dulcifié.	
℞.	Esprit de nitre dulcifié	ʒiij
	Sirop simple	℥j
	Eau	℥xxiv
Nit. dulc. acid.	Tisane d'esprit de nitre dulcifié avec addition d'acide nitrique.	
Inf. camo.	Infusion de camomille.	
Inf. til.	Infusion de fleurs de tilleul.	
Inf. raif.	Infusion de raifort.	

Juleps.

Jul. cal.	Julep calmant.	
℞.	Laudanum liquide	xij gtt.
	Vin antimonial	vj gtt.
	Eau	℥j
	Sirop simple	℥j
Jul. éthér.	Julep éthéré.	
℞.	Éther sulfurique	ʒß
	Sucre en poudre	ʒiij
	Eau	℥ivß
Jul. val. éthér.	Julep de valériane éthéré.	
℞.	Poudre de racine de valériane	℥ß
	Eau bouillante	℥vj
	Faites infuser jusqu'à refroidissement de la liqueur,	
passez et ajout.:	Éther sulfurique	ʒß
	Sucre en poudre	ʒiij
Jul. nit. dulc.	Julep d'esprit de nitre dulcifié.	
℞.	Esprit de nitre dulcifié	℥ß
	Sirop simple	℥j
	Eau	℥xij

Mixtures.

Mxt. kk.	Mixture de quinquina.	
℞.	Quinquina concassé	℥iß
	Eau	℥xij
	Sirop d'écorces d'oranger	℥j

Mxt. huil.	Mixture huileuse.	
℞.	Huile d'amandes douces récentes....	ʒ vj
	Sirop de guimauve..............	ʒ ix
	Gomme arabique...............	ʒ iij
	Eau........................	℥ iv
Mxt. expect.	Mixture expectorante.	
℞.	Oximel scillitique................	ʒ x
	Poudre relâchante...............	gr. xx
	Eau d'hysope et de mélisse........	℥ v
Mxt. senek.	Mixture de seneka.	
℞.	Seneka......................	ʒ iij
	Eau, Q. S. pour avoir en décoction..	℥ viij
	Passez et ajoutez sirop...........	℥ j
Mxt. mucil.	Mixture mucilagineuse.	
℞.	Gomme adragante...............	gr. xv.
	Sirop de guimauve...............	℥ ß
	Eau........................	℥ iv ß
	Eau de fleurs d'oranger..........	ʒ ij
Mxt. mucil. camp	Mixture mucilagineuse camphrée.	
℞.	Camphre trituré avec quelques gouttes de	
	Liqueur d'Hoffmann.............	℈ j
	Gomme arabique................	ʒ ij
	Sirop émulsioné.................	ʒ x
	Eau........................	℥ vij
Mxt. nit.	Mixture nitrée.	
Mxt. gom. gaï.	Mixture de teinture volatile de gaïac.	
℞.	Poudre de gomme arabique.......	ʒ iij
	Faites dissoudre dans eau bouillante.	℥ vij
	Ajoutez à la liqueur refroidie,	
	Teinture volatile de gaïac.........	ʒ iij
	Sirop diacode..................	ʒ vj
Mxt. diascord.	Mixture de diascordium.	
℞.	Diascordium...................	℈ iv
	Eau de mélisse..................	℥ iij

Pilules.

Pil. aloét. Pilules aloétiques.

℞. Aloès socotrin .... ℈j
Tartre stibié .... gr.iij
Extrait de gentiane .... ʒß
Faites vingt pilules.

Pil calom. Pilules de calomélas.

℞. Gomme arabique .... gr. xx
Calomélas .... gr. xx
Faites vingt pilules.

Pil. altérat. Pilules altératives.

℞. Mercure purifié .... gr. L
Conserve de cynorrhodon .... gr. C
Soufre doré d'antimoine .... gr. xx
Triturez jusqu'à parfaite extinction des globules, et divisez la masse en cinquante pilules.

Poudres.

Poud. relâch. Poudre relâchante.

℞. Tartre stibié .... gr. j
Sucre en poudre .... ℈j

Poud. cath. Poudre cathartique.

℞. Jalap .... ℥ iij
Cristaux de tartre .... ℥jß

Poud. Dover. Poudre de Dover.

℞. Tartre vitriolé .... ℥ iij
Opium purifié .... ℥ ijß
Ipécacuanha .... ʒ ijß
Mêlez exactement pour en faire une poudre homogène.

Poud. Jam. Poudre de James.

Poud.souf.dor. Poudre de soufre doré d'antimoine.

℞. Soufre doré d'antimoine .... gr. iij
Gomme arabique en poudre .... gr. xij
Nitre .... gr. xij
Sucre .... ʒß
Mêlez et divisez en six paquets.

Mélang. narco. Mélange narcotique.

MÉDICAMENS EXTERNES.

Sang.	Sangsues.
Saign.	Saignée.
Vésicat...	Vésicatoire.
— cuiss.	Vésicatoires aux cuisses.
— jamb.	Vésicatoires aux jambes.
— nuq.	Vésicatoire à la nuque.
Sinap.	Sinapismes.

Teint. canth. Teinture de cantharides.

Lin. vol. camp. Liniment volatil camphré.

℞.	Alcali volatil fluor................	ʒ ij ß
	Camphre......................	ʒ j
	Huile d'amandes douces..........	℥ j

Fumig. éthér. Fumigation d'éther.

℞.	Éther sulfurique.................	ʒ j

Versez, pour vous en servir, dans un flacon inspiratoire.

TABLE DES MATIÈRES.

§. Ier. *Apoplexies du cerveau.*

§. IV. *Apoplexies de la moelle épinière.*

3°. *Lésions chroniques de l'encéphale ou de ses enveloppes.*

CHAPITRE III. Du siége de l'apoplexie et des indications a en tirer touchant le système de Gall.

§. Ier. Du siége de l'apoplexie suivant Morgagni.

§. II. Recherches des modernes sur le siége de l'apoplexie.

§. III. DU SYSTÈME DE GALL APPRÉCIÉ PAR L'ÉTUDE DE L'APOPLEXIE.

FIN DE LA TABLE.

